

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata (FISPPA)

Corso di laurea magistrale in
PSICOLOGIA SOCIALE, DEL LAVORO E DELLA COMUNICAZIONE



Tesi di Laurea Magistrale

**NUOVI RISCHI PSICOSOCIALI NEI CONTESTI SANITARI AI TEMPI DEL
COVID-19: ASPETTI TEORICI E AMBITI DI INTERVENTO**

New psychological risks in the healthcare environment during Covid-19 pandemic:
theoretical aspects and areas of intervention

Relatrice:

Prof.ssa Alessandra Falco

Laureanda: Elisa Pietrobon

Matricola: 1235981

Anno Accademico 2021-2022

INDICE

INTRODUZIONE	» 7
CAPITOLO 1	» 11
STRESS LAVORO-CORRELATO: ASPETTI TEORICI	» 11
1. CENNI STORICI E DEFINIZIONE	» 11
1.1 DIVERSI APPROCCI PER LO STUDIO DELLO STRESS	» 13
2. FONTI DI RISCHIO DI STRESS	» 15
3. MODELLI TEORICI RELATIVI AL RISCHIO PSICOSOCIALE	» 17
3.1 MODELLO DOMANDA-CONTROLLO DI KARASEK (1979)	» 17
3.2 MODELLO DELL'EQUILIBRIO SFORZO-RICOMPENSA DI SIEGRIST (1996)	» 19
3.3 MODELLO DOMANDE-RISORSE LAVORATIVE DI DEMEROUTI ET AL. (2001); DI BAKKER & DEMEROUTI (2007, 2017)	» 21
4. IL CONTESTO SANITARIO	» 22
4.1 FATTORI E FONTI DI STRESS NEL CONTESTO SANITARIO	» 23
4.1.1 AMBIENTE DI LAVORO	» 24
4.1.2 RELAZIONI INTERPERSONALI	» 26
4.1.3 NATURA E CARATTERISTICHE DELLA MANSIONE	» 27
4.1.4 FATTORI ORGANIZZATIVI	» 28
4.1.5 CARATTERISTICHE LEGATE AL RUOLO	» 29
4.1.6 CARATTERISTICHE INDIVIDUALI	» 30
4.1.7 ESPOSIZIONE AL DOLORE E ALLA MORTE	» 30
5. GIOVANI, PANDEMIA E SCUOLA	» 30
5.1 L'IMPATTO DELLA PANDEMIA SULLA DIDATTICA	» 33

CAPITOLO 2	» 37
NUOVI FATTORI DI RISCHIO E PANDEMIA DA COVID-19 IN AMBITO SANITARIO	» 37
1. DIFFUSIONE DELLA PANDEMIA E IMPATTO SULLA POPOLAZIONE	» 37
2. QUADRO GENERALE PROVVEDIMENTI ADOTTATI DAL GOVERNO ITALIANO	» 39
2.1 QUARANTENA	» 41
3. PANDEMIA E LAVORO DA REMOTO	» 45
3.1 SMART WORKING E TELEHEALTH	» 47
4. LA TRASFORMAZIONE DEL CONTESTO SANITARIO	» 51
4.1 FATTORI DI RISCHIO	» 56
4.1.1 PAURA E TIMORE DI ESSERE VEICOLO DI CONTAGIO	» 56
4.1.2 INTROMISSIONE DEI CARICHI DI LAVORO NELLA SFERA DI VITA PRIVATA	» 58
4.1.3 SENSO DI INCERTEZZA E CARENZA DI CONOSCENZA	» 62
4.1.4 SENSO DI TIMORE E PREOCCUPAZIONE VERSO IL PROPRIO TEAM DI LAVORO	» 65
4.1.5 STIGMA SOCIALE	» 67
4.1.5.1 CORONAVIRUS E STIGMA SOCIALE	» 69
5. RISORSE LAVORATIVE E RISORSE INDIVIDUALI DEGLI OPERATORI NEI CONTESTI SANITARI	» 75
CAPITOLO 3	» 81
ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E AMBITI DI INTERVENTO	» 81
1. INTERVENTI DI PREVENZIONE DELLO STRESS LAVORO- CORRELATO	» 81

1.1 PREVENZIONE PRIMARIA	» 81
1.2 PREVENZIONE SECONDARIA	» 86
1.3 PREVENZIONE TERZIARIA	» 91
CONCLUSIONI	» 97
BIBLIOGRAFIA	» 101
SITOGRAFIA	» 107

INTRODUZIONE

A partire da Dicembre 2019 ha iniziato a diffondersi una nuova forma di coronavirus, definito Covid-19, nella città di Wuhan in Cina. Durante le settimane successive, sono stati rilevati nuovi e numerosi focolai in diversi Paesi del mondo, che hanno portato la World Health Organization (WHO) a dichiarare il Covid-19 come pandemia globale l'11 Marzo 2020. Una simile situazione ha richiesto una reazione chiara, intensa ed immediata da parte della sanità, con la messa in campo di numerosi specialisti impegnati nel fornire cure e supporto ai pazienti sia in maniera diretta (come gli infermieri) sia indiretta (ad esempio, tecnici di laboratorio, assistenti e simili). La pandemia ha esposto il personale sanitario, in prima linea nel tentativo di contenerne la diffusione, a diverse forme di strain fisico, emotivo e psicologico.

Data la situazione emergenziale e l'elevato numero di pazienti in pericolo e in attesa di cure, il sistema ospedaliero ha modificato drasticamente il flusso di lavoro interno, aumentandone e potenziandone i ritmi, superando talvolta la capacità massima di risorse a disposizione ed esponendo il proprio personale a diretto contatto con l'infezione senza fornire, talvolta, dispositivi di protezione adeguati (PPE) o in numero sufficiente ed equo affinché tutti possano utilizzarli. In sostanza, la pandemia ha posto sottopressione il sistema sanitario di tutto il mondo per via dell'aumento sempre maggiore di pazienti bisognosi di cure o del numero di decessi, causando un conseguente accrescimento dei carichi di lavoro e delle job demands nei confronti degli operatori sanitari. Una simile situazione, come affermato da Barello, Palamenghi e Graffigna (2020), comprensiva dell'esposizione prolungata ad una fonte di rischio, della percezione di incertezza e del contatto con situazioni altamente critiche da un punto di vista emotivo e psicologico, contribuisce ad incrementare i livelli di stress lavoro-correlato percepiti e il burnout.

L'emergenza sanitaria e la pandemia hanno trasformato considerevolmente l'ambiente di lavoro e le job demands, le quali comprendono, ad esempio, elevata pressione sul posto di lavoro, ambiente circostante avverso e sfavorevole, interazioni ardue e faticose da un punto di vista psicologico e sentimentale (Ramaci, Barattucci, Ledda, & Rapisarda, 2020).

Fornire aiuto e supporto nonostante il complesso contesto circostante e ad alto rischio, dà origine a pensieri e sentimenti conflittuali, rappresentati dal tentativo di mantenere un certo equilibrio tra vita professionale e privata, dalla percezione di un senso di

responsabilità verso il proprio ruolo ma, al tempo stesso, timore nei confronti di un virus relativamente “nuovo”, per cui inizialmente non era ancora stata individuata una cura, e, infine, da un persistente senso di colpa nei confronti della propria famiglia, che viene posta indirettamente a rischio di contagio.

Considerate tali premesse, l’obiettivo del presente lavoro di tesi è di fornire un approfondimento teorico di come, nel contesto sanitario, si siano evoluti ed esacerbati fattori di rischio tradizionali e nel contempo creati nuovi fattori di rischio psico-sociali durante e a seguito alla diffusione del Covid-19, analizzando la letteratura nazionale ed internazionale, con il fine ultimo di fornire alcune riflessioni rispetto ai diversi livelli di prevenzione e di intervento per il contenimento di tali rischi

In particolare, nel *primo capitolo* verrà presentato un approfondimento teorico dei principali approcci e modelli teorici sullo stress lavorativo fra i quali, in particolare, il modello Domanda-Controllo di Karasek (1979), il modello dell’Equilibrio Sforzo-Ricompensa di Siegrist (1996) e, infine, il modello Domande-Risorse lavorative di Demerouti et al. (2001) e di Bakker e Demerouti (2007, 2017). Questi risultano determinanti per favorire il progresso della ricerca o per meglio definire i potenziali interventi preventivi orientati alla riduzione dello stress percepito. Inoltre, all’interno del medesimo capitolo si approfondiranno le caratteristiche proprie del contesto sanitario e gli stressors ad esso associati, intesi come potenziali strain che influenzano il singolo; tra i quali si ricordano: l’ambiente di lavoro, le relazioni interpersonali, la natura e le caratteristiche della mansione, i fattori organizzativi, le peculiarità legate sia al ruolo sia al singolo in sé e l’esposizione al dolore e alla morte.

Successivamente, all’interno del *secondo capitolo*, si offre una panoramica più dettagliata dei fattori di rischio nuovi e preesistenti derivanti e aggravati da tale situazione, attraverso l’analisi di diversi studi con il fine ultimo di sostenere lo scopo primario dell’elaborato.

Per meglio comprendere le trasformazioni affrontate all’interno dei contesti sanitari, sono stati inseriti, innanzitutto, degli accenni in merito al quadro generale di provvedimenti e regolamenti adottati dal governo e applicati uniformemente a tutta la popolazione e, successivamente, sono stati analizzati più nel dettaglio, da un lato, i fattori di rischio per lo sviluppo dello stress lavoro-correlato legati all’ambiente di lavoro e, dall’altro, le

risorse sia lavorative sia personali a disposizione del personale stesso utili e necessarie per fronteggiare e ridurre il grado di stress percepito.

Infine, l'obiettivo del terzo e ultimo capitolo è di mettere in luce le criticità legate agli stressors allo scopo di delineare e promuovere attività di prevenzione e ambiti di intervento per limitare la diffusione dello strain all'interno del personale sanitario. Questi interventi mirano a sviluppare o a potenziare strategie di coping utilizzabili dal singolo individuo, consentendogli di controllare, attenuare e mitigare gli effetti di tali stressors.

CAPITOLO 1

STRESS LAVORO-CORRELATO: ASPETTI TEORICI

1. CENNI STORICI E DEFINIZIONE

Negli ultimi decenni, il mercato del lavoro e le organizzazioni hanno subito notevoli trasformazioni che hanno influenzato in modo considerevole la qualità della vita lavorativa. Tali cambiamenti hanno comportato nuove gestioni per il mantenimento di una salute positiva ed equilibrata nel contesto lavorativo e in merito alla sicurezza fisica e professionale, nonché forti innovazioni e avanzamenti dal punto di vista tecnologico e comunicativo, aggiornamenti delle tipologie contrattuali in vigore, nuova gestione dell'orario di lavoro e dell'equilibrio tra vita familiare e lavorativa.

A causa della globalizzazione e delle costanti trasformazioni a livello economico, tecnologico, sociale e culturale, la vita professionale ha subito un aumento di intensità, con una forte intensificazione dei ritmi e degli orari, il bisogno intrinseco di sentirsi sempre impegnati, svolgendo anche più compiti o ruoli contemporaneamente (il cosiddetto “*essere multitasking*”) e di guadagnare e conquistare nuove competenze e conoscenze, per potersi sentire sempre al passo con l'innovazione e non rimanere indietro (Rosa, 2013).

Dipendenti, collaboratori e datori di lavoro sono sottoposti a pressioni sempre maggiori al fine di apparire e dimostrarsi costantemente competitivi e concorrenziali, ovvero una necessità dettata dal fatto che il mercato del lavoro si è trasformato in un contesto caratterizzato da una tenace e inarrestabile competizione che coinvolge tutti, dal singolo individuo all'azienda in generale.

Se tali alterazioni non venissero trattate adeguatamente, ne potrebbe conseguire un aumento dei rischi psicosociali e fisici, tra i quali l'aumento dello stress e dei problemi di salute di ciascun lavoratore.

Secondo l'Indagine condotta dall'Agenzia Europea per la salute e la sicurezza sul lavoro (2007) il 28% dei lavoratori europei, pari a circa 55.6 milioni, individua lo stress come la principale minaccia per la propria salute, vale a dire che lo stress lavoro-correlato è il problema di salute maggiormente conosciuto ed esteso.

Lo stress lavoro-correlato, secondo Cox, Griffiths e Rial-González (2000), è causa del 60% delle giornate lavorative perse; dato che può variare a seconda del genere e del tipo di contratto in essere: le donne e i lavoratori dipendenti, ad esempio, sono più propensi ad assentarsi dal luogo di lavoro.

Per riuscire a fronteggiare tali rischi, l'Unione Europea ha stipulato ed emanato una serie di normative incentrate su una cultura lavorativa interessata e vigile alla salute e al benessere organizzativo. Tra queste ricordiamo l'Accordo Europeo sullo stress sul lavoro dell'8 Ottobre 2004, sottoscritto poi anche in Italia in data 9 Giugno 2008 da numerosi organi sindacali. Secondo l'Accordo *“lo stress lavoro-correlato è stato individuato a livello internazionale, europeo e nazionale come oggetto di preoccupazione sia per i datori di lavoro che per i lavoratori [...] Potenzialmente lo stress lavoro-correlato può riguardare ogni luogo di lavoro e qualunque lavoratore, indipendentemente dalle dimensioni dell'azienda, dal settore di attività o dalla tipologia del contratto o del rapporto di lavoro [...] Ciò non significa che tutti i luoghi di lavoro e tutti i lavoratori ne sono necessariamente interessati”* (citato da Gottardi, 2008, p. 21). Nello specifico, lo scopo dell'Accordo è di *“accrescere la consapevolezza e la comprensione dello stress lavoro-correlato da parte dei datori di lavoro, dei lavoratori e dei loro rappresentanti, e attirare la loro attenzione sui segnali che potrebbero denotare problemi di stress lavoro-correlato”*. L'obiettivo, invece, è *“offrire ai datori di lavoro e ai lavoratori un quadro di riferimento che consenta di individuare, prevenire o gestire i problemi di stress lavoro-correlato”* (p. 21).

Successivamente, grazie all'introduzione da parte dello stato italiano del D.Lgs. n.81/08, a tutti i datori di lavoro viene imposto l'obbligo di stimare lo stress lavoro-correlato al pari di tutti gli altri diversi rischi per la salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro (art. 28). In un contesto aziendale, il compito di condurre la valutazione dei rischi e di completare il DVR, ovvero il Documento della Valutazione dei Rischi, spetta al datore di lavoro stesso, all'RSPP, ovvero il Responsabile della Prevenzione e Protezione, e dal medico competente, se presente.

Nel linguaggio comune, si tende ad utilizzare la parola *“stress”* per indicare una situazione di tensione, di oppressione, di esaurimento emotivo, di fatica fisica e/o

psicologica. Tendenzialmente, è collegato ad un'accezione prettamente negativa o di sofferenza per la persona, per la sua salute e per la sua vita in generale.

Nello specifico, il termine “stress” è stato trattato per la prima volta, a livello medico, dallo scienziato canadese Hans Selye, il quale, grazie ad una serie di osservazioni condotte sugli animali, all'interno di un'opera del 1956 definì lo stress come una “*risposta aspecifica a qualsiasi richiesta (demand) che proviene dall'ambiente*” (citato da Maeran & Boccato, 2016, p. 183). Nello specifico, considerò lo stress una “*sindrome generale di adattamento*” o *General Adaptation Syndrome* (GAS), che permette all'organismo di adattarsi ad una serie di stimoli ambientali nocivi, i cosiddetti *stressor*. Si tratta, pertanto, di una risposta necessaria che l'organismo deve fornire agli stimoli provenienti dall'esterno al fine di mantenere un proprio equilibrio interiore e invariata la propria condizione di benessere.

1.1 DIVERSI APPROCCI PER LO STUDIO DELLO STRESS

In seguito a numerosi studi condotti in letteratura, sono andati sviluppandosi tre principali approcci per lo studio dello stress, che differiscono tra loro per la definizione e la valutazione data in merito.

L'approccio *fisiologico* cerca di interpretare lo stress sulla base degli effetti fisiologici rifacendosi alla “sindrome generale di adattamento” di Hans Selye (1956), che, come citato precedentemente, considera lo stress come una “*risposta aspecifica a qualsiasi richiesta proveniente dall'ambiente*”. Si tratta di fenomeno strutturato in tre diverse fasi: una prima reazione di *allarme*, in cui l'asse ipofisi cortico-surrene risulta iper-attivato, ovvero il soggetto attiva i sistemi di difesa; la successiva fase di *resistenza*, in cui l'organismo cerca di contrastare e combattere lo stress; e la fase finale di *esaurimento*, che si verifica solo nelle condizioni in cui l'esposizione allo stressor non viene fronteggiata e, di conseguenza, l'organismo non è in grado di resistere, in quanto la corteccia surrenale entra in uno stato di “esaurimento funzionale”.

Tuttavia, qualora le risorse e le strategie impiegate dall'individuo consentano di fronteggiare gli stressor, consentendo all'organismo di ristabilire il proprio equilibrio, si manifesta una situazione in cui lo stress viene percepito positivamente, ovvero una condizione di *eustress*, che indica una sintonia positiva tra il soggetto, i suoi obiettivi, l'ambiente e il contesto circostante; al contrario, se le strategie di coping adottate non

consentono il ripristino dell'equilibrio ricercato, lo stress assume un'accezione negativa, ovvero di *distress*. Il *distress* indica proprio il fallimento adattivo della risposta psico-fisiologica di stress ed è associato a situazioni di malessere psico-fisico, disagio fisico, sociale e psicologico.

L'approccio *tecnico*, invece, considera lo stress come uno stimolo o una caratteristica dannosa e ostile tipica dell'ambiente professionale che vive quotidianamente l'individuo, concepito in termini di carico di lavoro, richieste lavorative intense o di elementi negativi e avversi. Pertanto, l'ambiente esterno è la determinante principale della percezione e dell'esperienza di stress nel soggetto, considerato alla stregua di un mezzo, che soggiace e definisce le peculiarità negative dello stimolo ambientale minaccioso.

Infine, per ultimo, l'approccio *psicologico* concepisce lo stress come l'esito dell'interazione negativa tra la persona e l'ambiente di lavoro, che comporta una serie di disagi e disturbi fisici, psicologici e sociali. Infatti, stando alla definizione dell'European Agency for Safety and Health at Work (2002) che afferma che "*lo stress lavoro-correlato viene esperito nel momento in cui le richieste provenienti dall'ambiente lavorativo eccedono le capacità dell'individuo nel fronteggiare tali richieste*" ne deriva che le persone non sono sempre in grado di fronteggiare e replicare alle richieste provenienti dall'ambiente esterno. Di conseguenza, verrà percepito un forte squilibrio tra le richieste lavorative e le effettive capacità e competenze personali per soddisfarle. Lo stress può essere considerato alla stregua di un vero e proprio stato di tensione, che se protratto nel tempo, può comportare una drastica riduzione della produttività lavorativa e della qualità della salute personale. È fondamentale sottolineare che le reazioni agli stimoli esterni variano e dipendono da individuo a individuo; infatti, come definito dall'Accordo Europeo del 2004, ciò che potrebbe causare disagio, malessere e fastidio in alcuni, in altri può provocare effetti del tutto opposti o, semplicemente, "neutri"; si tratta di differenze dipendenti dalla valutazione soggettiva condotta da ognuno di noi rispetto allo stressor che viene individuato ed esperito in un dato momento.

Secondo Lazarus e Folkman, la valutazione dello stress percepito stesso si divide rispettivamente in tre momenti (citato da De Carlo, Falco, & Capozza, 2016):

- I. La *valutazione primaria*, in cui ad uno stimolo esterno viene attribuita l'accezione di minaccia o sfida positiva;

- II. La *valutazione secondaria* che permette di individuare le strategie di coping più idonee per fronteggiare tale minaccia o sfida al meglio;
- III. E, infine, una eventuale *terza valutazione*, che comprendente la rielaborazione o la reinterpretazione degli stimoli ambientali sulla base degli esiti pervenuti dall'applicazione delle strategie e delle risorse personali stesse.

In generale, lo stress è composto da: uno stimolo, un processo di interpretazione dello stimolo e, infine, dalla reazione interiore dell'organismo che deve fronteggiare una situazione altamente estenuante per poter ristabilire l'equilibrio iniziale.

All'interno dell'approccio psicologico sono state individuate, a sua volta, due principali prospettive, ovvero:

- la *prospettiva interazionale*, che si riferisce alle caratteristiche strutturali tra il singolo individuo e l'ambiente di lavoro, della quale un esempio risulta essere il modello della domanda-controllo di Karasek;
- la *prospettiva transazionale* che, in aggiunta, studia anche i meccanismi psicologici insiti nella relazione tra individuo e ambiente lavorativo, come nel caso del modello dello squilibrio tra sforzo e ricompensa (ERI) di Siegrist.

2. FONTI DI RISCHIO DI STRESS

Lo stress lavoro-correlato è causato da una serie di fattori e rischi presenti attivamente nell'ambiente lavorativo.

Cox et al. (2000) hanno individuato e introdotto un processo, basato su diverse fasi che si susseguono in maniera ciclica, per la valutazione dei rischi; un percorso definito "ciclo di controllo", che ha l'esclusivo scopo di prevenire, ridurre o eliminare una serie di pericoli, e che comprende complessivamente cinque fasi:

- I. Identificazione dei pericoli;
- II. Valutazione rischi;
- III. Sviluppo strategie e soluzioni;
- IV. Rivalutazione dei rischi;
- V. Monitoraggio dei piani di azione e valutazione della relativa efficacia.

All'interno di tale ciclo si combinano tre componenti: il pericolo, il danno e il rischio.

Il *pericolo* (P) è la fonte di potenziali danni e/o lesioni alla propria condizione di benessere; il *danno* (D) riguarda le lesioni vere e proprie, risultanti dal contatto con il

pericolo; infine, il *rischio* (R) rappresenta la probabilità che si manifestino dei danni nei confronti della propria condizione personale e può essere calcolato con l'uso di una formula precisa: $R = P \times D$.

Sulla base della catalogazione derivata dagli studi di Cox et al. (2000) e, successivamente, dalla revisione di Dollard et al. (2007), i rischi possono essere distinti in *rischi fisici*, ovvero biologici e/o chimici, la cui esposizione comporta effetti negativi per la salute della persona, e *rischi psicosociali*, derivanti dall'associazione tra peculiarità del lavoro, ambiente di lavoro e caratteristiche individuali. I rischi psicosociali possono essere presenti in tutte le occupazioni e si distinguono in varie tipologie, sulla base della natura e del contesto organizzativo. In particolare, tra questi ricordiamo: il *controllo* che la persona esercita sulla propria vita e sul proprio lavoro; il *carico di lavoro*, ovvero le richieste lavorative poste sulla singola persona. Sia particolari condizioni di sovraccarico sia di “*sottocarico*” di lavoro comportano effetti negativi per la salute, come depressione, frustrazione, insoddisfazione, ansia; l'*orario* di lavoro, specialmente se su turni o esteso (superiore a 48 ore a settimana); e, infine, i *contenuti* del lavoro, che possono essere di tipo cognitivo, emotivo o fisico. Nel contesto sanitario, ad esempio, è richiesta una buona e costante capacità di gestione delle domande emotive, derivanti dall'esposizione prolungata agli stati emotivi degli altri. Gli operatori sanitari gestiscono questa tipologia di domande rivelando ai pazienti atteggiamenti e stati emotivi desiderati e/o imposti dall'azienda, anche se non provati direttamente a livello sentimentale e personale, oppure occultando stati affettivi indesiderati e inattesi. L'incessante e regolare modulazione delle emozioni può causare con altissima probabilità dissonanza cognitiva, ansia e distacco emotivo nella persona che la attua.

I rischi, invece, relativi principalmente all'ambiente di lavoro comprendono: il *ruolo* della persona all'interno del proprio contesto lavorativo; la possibilità offerta dall'azienda di raggiungere uno *sviluppo* e una *carriera* professionale; la *cultura organizzativa*, riferita a situazioni in cui le comunicazioni interne sono assenti, viene svolta un'inadeguata gestione delle evoluzioni o transizioni organizzative e/o in presenza di un numero di dipendenti molto basso; e, infine, la *giustizia organizzativa*, ossia quanto il dipendente si sente trattato in maniera equa ed adeguata.

3. MODELLI TEORICI RELATIVI AL RISCHIO PSICOSOCIALE

I modelli teorici sono fondamentali per il progresso della ricerca e per implementare o migliorare gli interventi preventivi finalizzati alla riduzione dello stress percepito.

Tra i fattori di rischio di stress lavoro-correlato citati in precedenza, il costrutto del carico di lavoro inteso come “*domanda lavorativa*” può essere spiegato da diversi modelli, tra i quali ricordiamo il Modello Domanda-Controllo o Demand-Control Model (DCM) di Karasek (1979), il Modello dell’Equilibrio Sforzo-Ricompensa o Effort-Reward Imbalance (ERI) di Siegrist (1996) e, infine, il Modello Domande – Risorse Lavorative o Job Demands-Resources (JD-R) di Demerouti et al. (2001) e, successivamente rivisitato, da Bakker & Demerouti (2007, 2017).

3.1 MODELLO DOMANDA-CONTROLLO DI KARASEK (1979)

Karasek (1979) ha posto le basi del suo modello su una critica mossa all’organizzazione del lavoro nelle società occidentali. Con la rivoluzione industriale del IXX secolo, il controllo dei lavoratori sull’intero processo produttivo è andato via via diminuendo, creando una nuova configurazione sociale del posto di lavoro. Con la diffusione dell’ideologia taylorista, è stata condotta una netta suddivisione del lavoro con assegnazione dei lavoratori a mansioni standardizzate e molto elementari al fine di portare la produttività ai massimi livelli. Di conseguenza, ciò ha condotto alla riduzione decisiva del controllo delle persone sui processi produttivi. Un particolare elemento criticato da Karasek è proprio relativo all’isolamento a cui veniva costretto il lavoratore, finalizzato alla prevenzione della formazione di gruppi sociali al lavoro, che avrebbero potuto comportare una perdita di tempo generale e la possibile nascita di movimenti di resistenza nei confronti del management.

Le organizzazioni attuali e la job design di stampo taylorista hanno avuto 3 principali conseguenze: la totale assenza della possibilità di prendere decisioni sugli aspetti organizzativi del proprio lavoro da parte di ciascun soggetto, la riduzione dei vari e frequenti momenti di “pausa” previsti all’interno della regolare attività lavorativa, l’isolamento sia fisico sia sociale di ciascun dipendente. Tali risultati hanno comportato l’aumento delle forme di alienazione e di stress lavoro-correlato (citato da Kain & Jex, 2010).

Nello specifico, il modello inizialmente elaborato da Karasek, definito *Modello Domanda-Controllo* o *Demand-Control Model* (DCM), individua due fattori cruciali che possono essere causa di conseguenze negative per la salute dei lavoratori:

- I. le *domande psicologiche* (o *psychological demands*) che comprendono, ad esempio, il carico di lavoro in sé, inteso come quantità delle richieste, il ritmo ed eventuali impedimenti organizzativi che ostacolano la performance e, di conseguenza, rallentano la produzione.
- II. il *controllo* (o *decision latitude*) sullo svolgimento dei propri compiti, composto da due dimensioni: da un lato la possibilità del lavoratore di poter decidere sull'esecuzione dei compiti a lui assegnatigli (*decision authority* o *task autonomy*) e, dall'altro, la discrezionalità decisionale sull'utilizzo di particolari competenze possedute (*skill discretion*).

Dalla combinazione delle due dimensioni hanno origine quattro quadranti che definiscono varie tipologie di professioni da un punto di vista psico-sociale:

- I. *high strain jobs* (lavori ad alta tensione psicologica): costituiti da elevate domande psicologiche e da uno scarso controllo, come nel caso, ad esempio, del lavoro organizzato in catena di montaggio, che impone una serie di sequenze comportamentali specifiche e precise e l'inammissibilità di utilizzare ulteriori competenze personali possedute. Nello specifico, in una condizione in cui la domanda è molto elevata, nella persona si verifica un aumento del livello di attivazione psicofisiologica. Tuttavia, proprio a causa dello scarso controllo posseduto dal soggetto sulle attività da svolgere, l'energia attivata si converte in tensione psicologica residua (*residual psychological strain*), che può causare reazioni più o meno aggressive e/o di ritiro sociale. In particolare, ciò deriva dal fatto che all'individuo non viene più concesso di scaricare e applicare in modo costruttivo (*active problem solving*) il potenziale di azione derivante dall'energia psicofisica aggiuntiva, dal momento che le risposte comportamentali sono determinate solo ed esclusivamente dal ruolo assegnato alla singola persona. Necessariamente, l'esposizione serrata e, talvolta, cronica a situazioni di questo tipo può condurre o aumentare il rischio di disturbi stress lavoro-correlati.
- II. *active jobs* (lavori attivi): mansioni e contesti caratterizzati sia da un'elevata domanda sia da elevato controllo sulle proprie attività, ovvero quelle occupazioni

che permettono una forte crescita individuale e un'alta produttività. Grazie alla possibilità di controllo, infatti, le domande psicologiche hanno maggiore probabilità di portare ad esiti positivi, come un aumento della produttività e della motivazione personale.

- III. *low strain jobs* (lavori a bassa tensione psicologica): professioni in cui il controllo risulta elevato ma sono basse le domande psicologiche a cui la persona è esposta. Di conseguenza, essendo lo *strain* basso, i soggetti tenderanno ad essere maggiormente soddisfatti del proprio lavoro e più sani a livello sia fisico sia psicologico.
- IV. *passive jobs* (lavori passivi): contesti costituiti da basso controllo e basso livello di domande psicologiche, in cui si verifica un generale deterioramento delle capacità del lavoratore. La scarsità di controllo comporta un aumento dello *strain* sulla base della quantità di domande psicologiche presenti ma, essendo queste normalmente basse, la percezione di strain rimane invariata.

Il modello inizialmente proposto da Karasek nel 1979 è stato successivamente rivisitato, in quanto egli stesso ha compreso la mancanza di una componente fondamentale per la definizione dell'ambiente più specificatamente psicosociale del lavoro, ossia il *supporto sociale* (Karasek & Theorell, 1990). Il supporto sociale riguarda il grado di sussidio e sostegno ricevuto sia dai colleghi sia dal superiore e può essere distinto in due possibili forme: supporto *strumentale* ed *emotivo*. Il primo consiste nell'aiuto fornito e/o ricevuto, in caso di complicazioni e ostacoli, allo scopo di concludere al meglio un compito affidato, mentre il secondo riguarda la condivisione, sia con i colleghi sia con il proprio superiore diretto, dei propri vissuti emotivi in merito a specifiche difficoltà incontrate dal lavoratore. Nello specifico, il supporto sociale modera le richieste lavorative e salvaguarda il soggetto dai possibili effetti negativi tipici dello strain lavorativo.

3.2 MODELLO DELL'EQUILIBRIO SFORZO-RICOMPENSA DI SIEGRIST (1996)

Il modello *Effort-Reward Imbalance* o ERI, tradotto come il modello dell'"equilibrio sforzo-ricompensa", è stato proposto dallo studioso tedesco Siegrist (Siegrist, 1996).

Al contrario del modello introdotto da Karasek, concentrato sugli aspetti di contenuto del lavoro, questo modello si focalizza sugli aspetti più contrattuali. Secondo il principio di reciprocità sociale (Buunk & Schaufeli, 1999), le persone svolgono una serie di attività

che implicano l'impiego di risorse personali aspettandosi un ritorno, ovvero una ricompensa (*return expectancy*). Sulla base di tale principio, l'assenza di reciprocità tra gli sforzi impiegati e le ricompense effettivamente ricevute da parte dell'organizzazione può generare degli stati emotivi negativi frequenti che, a lungo termine, possono sfociare in un vero e proprio stato di stress. La persona si rende disponibile nell'offrire una prestazione lavorativa che comprende un particolare sforzo personale e professionale (*effort*), come ad esempio il consumo di energie fisiche e psicologiche, in cambio del soddisfacimento di una serie di bisogni personali. La soddisfazione si realizza mediante l'ottenimento di ricompense (*reward*), che possono essere distinte in tre tipologie: *economiche* o *monetarie*, cioè la retribuzione che la persona riceve per la prestazione lavorativa fornita, vale a dire il salario; la *stima* e il *sostegno* ricevuto sul posto di lavoro; e, infine, la *possibilità di ottenere una promozione e di carriera*, all'interno delle quali si trova anche la percezione della sicurezza e stabilità relativa al proprio posto di lavoro.

La situazione di rischio psicosociale che determina la percezione di stress lavoro-correlato è proprio quella in cui l'alto sforzo fornito dalla persona non viene adeguatamente ricompensato e, questa condizione rappresenta lo squilibrio tra lo sforzo investito e le ricompense ricevute (*Effort-Reward Imbalance*).

Ci sono particolari circostanze in cui lo squilibrio tra alto sforzo e bassa ricompensa viene tollerato e riconosciuto, ad esempio nei casi in cui il ruolo e/o la mansione è poco chiaro e/o i dipendenti non hanno alternative migliori a disposizione tra cui poter scegliere (condizione di *dipendenza*); i lavoratori accettano strategicamente una condizione di svantaggio al fine di poter aumentare e rafforzare la propria opportunità di fare carriera o di promozione e, di conseguenza, anche le ricompense che ne deriveranno (*scelta strategica*); infine, quando i soggetti presentano un "*ipercoinvolgimento*" lavorativo, riconducibile ad un costante bisogno di approvazione e controllo da parte dei colleghi o dei superiori. Questa eccessiva propensione, nonostante l'effettivo squilibrio in termini di sforzo e ricompensa, al lavoro viene definita come "*overcommitment*". Nello specifico è definito come "*un insieme di atteggiamenti, comportamenti ed emozioni che riflettono una eccessiva dedizione al lavoro in combinazione con un forte desiderio di essere approvati e stimati*" (Siegrist, 1996, pp. 27-43).

3.3 MODELLO DOMANDE-RISORSE LAVORATIVE DI DEMEROUTI ET AL. (2001); DI BAKKER & DEMEROUTI (2007, 2017)

Il modello si basa su due temi principali, ovvero che ogni lavoro è costituito da una serie di fattori di rischio e, il secondo, che i suddetti fattori possono essere accorpati in due categorie: le *domande* e le *risorse* lavorative (Demerouti et al., 2001; Bakker & Demerouti, 2007, 2017).

Rispettivamente, le *domande lavorative* o *job demands* sono le caratteristiche fisiche, organizzative, sociali e psicologiche che richiedono uno sforzo psicofisico concreto al lavoratore e che, pertanto, comportano dei costi sia fisici sia psicologici. Alcuni esempi sono i conflitti di ruolo, la pressione temporale, l'ambiente ostile e il carico di lavoro. Le *job demands* assumono un'accezione negativa solo quando sono eccessive e il soggetto non è in grado di fronteggiarle.

Al contrario, le *risorse* o *job resources* rappresentano tutti quegli aspetti del lavoro che consentono il raggiungimento di obiettivi, la riduzione delle *job demands* (effetto tampone) e stimolano la crescita e lo sviluppo individuale, come ad esempio il supporto sociale, il feedback, l'autonomia ecc.

Domande e risorse comportano due processi psicologici differenti: le *job demands* danno vita ad un processo di “*degradamento della salute*” (*health impairment process*) e, di conseguenza, correlano positivamente con lo strain; al contrario dalle *job resources* origina un processo “*motivazionale*”, che le porta ad essere positivamente correlate con il work engagement.

Troppe domande attivano il processo di indebolimento della salute del lavoratore, che può sfociare in stress e disagio e, nel lungo termine, anche a situazioni croniche come nel caso del burnout, depressione, ansia, malattie ecc...

Secondo tale modello domande e risorse interagiscono tra loro, nello specifico: le *job resources* tamponano l'effetto delle *job demands* nel processo di deterioramento della condizione psicologica e fisica della persona (*buffer hypothesis*); oppure, le risorse aumentano il livello di motivazione del soggetto quando le domande lavorative sono notevoli. In queste situazioni, in cui il lavoro costituisce una sfida per l'individuo, le risorse sono fondamentali per il processo motivazionale. Ad esempio, il personale sanitario è costantemente esposto ai disagi e alle emozioni dei propri pazienti e, di

conseguenza, le risorse professionali sono fondamentali per mantenere sempre alta la propria motivazione e la propria propensione e dedizione al lavoro.

4. IL CONTESTO SANITARIO

Il termine “*ospedale*” deriva dal latino “*hospitalis*”, che il vocabolario Treccani definisce come “*l’edificio, o il complesso di edifici, destinato all’assistenza sanitaria dei cittadini, e quindi adeguatamente attrezzato per il ricovero, il mantenimento e le cure, sia cliniche sia chirurgiche, di ammalati e feriti*”.

L’ospedale, inizialmente considerato come mero luogo di cura, è oggi sempre più un punto di riferimento per la società in merito alla sanità e alla corretta igiene. Si può dire che il sistema sanitario contemporaneo abbia subito negli anni un processo di “*umanizzazione*”, come afferma la rivista *Caleidoscopio Italia* (2001), offrendo un servizio che prende in considerazione le caratteristiche e i bisogni individuali, nonché gli aspetti organizzativi, amministrativi e strutturali. Nello specifico gli ospedali non curano più la mera “*malattia*” del paziente, ma anche e soprattutto la “*persona malata*”, occupandosi e facendo attenzione quindi agli aspetti prettamente relazionali.

Di conseguenza, sebbene il personale sanitario venga formato completamente e costantemente nella gestione dei problemi prettamente “*sanitari*”, risulta del tutto assente della preparazione e delle competenze maggiormente “*relazionali*”.

A tal proposito si dovrebbe proporre una serie di corsi volti a promuovere un rapporto personale-paziente molto più umano e positivo.

A livello legislativo, con l’inserimento e la diffusione del sistema aziendale, con relativa cultura manageriale, il contesto ospedaliero è stato indotto ad un cambiamento molto significativo (Prandi, 2006). Il sistema sanitario (come si deduce dai decreti legislativi 502/92 e 517/93, inseriti e aggiunti nella legge 299/99) si trova a dover rispondere, in maniera costante, alle richieste di organizzazione e miglioramento delle spese e della relazione tra qualità delle prestazioni fornite e/o offerte e le risorse effettivamente impegnate (Migali e Morandini, 2004). Queste nuove domande hanno condotto tali contesti di cura ad adeguarsi e ottimizzare la qualità e tipologia dei servizi, l’efficienza nell’uso delle corrette risorse, la concezione della centralità assoluta del paziente e l’attenzione agli effetti prodotti. Pertanto, risulta responsabilità dell’operatore individuare e stabilire quali sono le necessità del singolo paziente. Migali e Morandini (2004), a tal

proposito, si sono espressi nei seguenti termini *“la professionalità si estrinseca pertanto non solo nella corretta esecuzione tecnica di una determinata metodica o di un protocollo di intervento, ma nella scelta del percorso diagnostico terapeutico più adatto al trattamento del singolo caso. In altri termini la professionalità viene ad essere identificato come l’insieme delle conoscenze, delle competenze e degli atteggiamenti del singolo operatore”* (p. 44).

4.1 FATTORI E FONTI DI STRESS NEL CONTESTO SANITARIO

Lo stress, come anticipato in precedenza, se esperito in maniera limitata e contenuta, può migliorare e ottimizzare le singole performance e la qualità della vita, dal momento che è essenziale per poter affrontare le sfide giornaliere. Tuttavia, se questa pressione aumenta, e diventa eccessiva, perde il suo effetto positivo e vantaggioso e, di conseguenza, l’individuo non è più in grado di gestirla o di trovare strategie di coping funzionali per contrastarla (Health and Safety Executive, 2001).

All’interno del contesto sanitario ci sono una serie di figure, in prima linea nella gestione delle problematiche e delle patologie dei diversi pazienti, tra cui medici ma, soprattutto, infermieri e infermiere, che hanno maggiore probabilità di esperire stress lavoro correlato. La sindrome di burnout derivante dal contesto lavorativo è parte integrante di quelle figure operanti in prima linea nella cura dei pazienti e delle relative patologie. Infatti, come affermato da Keković, Peličić, e Radević (2022), il ruolo dell’infermiere rappresenta la professione più a rischio di percepire ed esperire elevati livelli di stress lavoro-correlato, in quanto affrontano quotidianamente la sofferenza, la morte e il dolore dei pazienti, in misura nettamente superiore rispetto a qualsiasi altra figura professionale. In ambito lavorativo, una delle principali fonti di stress spesso risulta essere l’ambiente di lavoro, a causa di un disequilibrio tra le domande e le reali risorse a disposizione per soddisfarle. Di conseguenza, lo stress va aumentando al crescere delle domande provenienti dall’ambiente lavorativo ed è il risultato di una bassa capacità nella presa decisionale. Una prolungata esposizione a situazioni stressanti comporta quasi necessariamente una situazione di burnout, costituita da esaurimento fisico e mentale. In Europa lo stress lavoro-correlato proveniente dall’ambiente di lavoro risulta uno dei principali problemi che colpisce il 28% dei lavoratori. Keković et al. (2022) hanno indagato la presenza dello stress percepito dagli operatori sanitari all’interno del contesto

ospedaliero nella regione del Montenegro. Nell'analisi sono emerse 27 variabili identificate come potenziali fonti di stress, successivamente osservate anche in relazione al genere, l'età e il ruolo lavorativo. Le maggiori cause, comunque, riguardano la sfera della paura, della preoccupazione e del senso di colpa. Sulla base di queste variabili, quindi, le principali fonti di stress sono risultate essere: retribuzione inadeguata (68.14%), sovraccarichi di lavoro (50.44%), risorse finanziarie a disposizione per motivazioni puramente lavorative limitate (47.79%), numero di dipendenti non sufficiente (41.59%), la disinformazione caratterizzante i pazienti causata dai media e/o altre fonti (46.02%), termini e scadenze da rispettare per il completamento dei propri compiti (35.40%), imprevisti quotidiani (36.28%), carico di lavoro amministrativo e burocratico (39.82%), organizzazione inadeguata delle attività (36.28%), spazio e ambiente di lavoro inadeguato (24.78%). La letteratura indica che l'esaurimento emotivo e la depersonalizzazione sono, quindi, una diretta conseguenza di tutte quelle professioni di aiuto e supporto verso l'altro. Lo stress occupazionale è definito, quindi, come un modello comprensivo di reazioni emotive, cognitive, comportamentali e fisiologiche derivanti da aspetti negativi ed avversi del contesto professionale, dell'organizzazione e dell'ambiente di lavoro stesso. Diversi sono i fattori associati allo stress lavorativo e le stesse fonti di stress possono variare sulla base della natura e della frequenza della specifica mansione di tipo infermieristico (Siu, 2002). Le fonti di rischio possono essere le seguenti, nello specifico: ambiente lavorativo, relazioni interpersonali, natura della mansione di tipo infermieristico, fattori organizzativi, caratteristiche del ruolo specifico, caratteristiche individuali, violenza o intimidazioni, esposizione frequente al dolore e alla morte, ricompense, lunghezza dell'esperienza nella specifica mansione di infermiere/a (citato da Keković et al., 2022).

4.1.1 AMBIENTE DI LAVORO

Gray-Toft et al. (1981) attraverso una serie di studi in cui hanno analizzato in maniera approfondita le specifiche situazioni potenzialmente stressanti per il personale infermieristico, hanno individuato sette specifiche fonti di stress, ovvero: 1. Avere a che fare con la morte; 2. Conflitti interni con il personale medico; 3. Formazione inadeguata nel sapere gestire i bisogni fisici ed emotivi dei pazienti e delle relative famiglie; 4.

Assenza di supporto reciproco; 5. Conflitti con gli altri infermieri e/o con i supervisori; 6. Eccessivo carico di lavoro; 7. Incertezza sui trattamenti forniti.

In aggiunta, diverse analisi e approfondimenti hanno dimostrato che il personale sanitario, nello specifico gli infermieri, tendono a subire varie forme di violenza di tipo fisico, intimidazioni e/o aggressioni sul luogo di lavoro, le quali risultano essere una diretta fonte di stress lavoro-correlato. Tra questi studi ricordiamo, in particolare, quello condotto da Jackson, Clare e Mannix (2002), che hanno sviluppato una metanalisi di diverse ricerche focalizzate sull'analisi della violenza nei confronti degli infermieri, ossia un problema molto diffuso nel contesto sanitario, considerato dalla maggioranza come altamente ostile. I livelli di violenza riportati o denunciati sono per la maggior parte sottostimati ma, al tempo stesso, in costante aumento (Erikson & Williams-Evans, 2000). In generale, il personale inserito in reparti di tipo più clinico, emergenziale, psichiatrico e/o psicologico esperisce con più alta probabilità elevati livelli di violenza e aggressività sul posto di lavoro (Dalphond et al., 2000; Erikson & Williams-Evans, 2000). A tal proposito Dalphond et al. (2000) hanno rilevato, in uno studio condotto considerando 690 infermieri operanti in reparti di emergenza, che l'85% di essi ha riportato di aver subito, negli ultimi 6 mesi, almeno una aggressione di tipo verbale e il 31% almeno una violenza fisica. In conclusione, da un ulteriore studio australiano condotto su un campione di 270 partecipanti (infermieri), il 30% ha dichiarato di subire aggressioni o violenze a livello giornaliero, le quali comprendono maleducazione, umiliazioni, abusi e limitazione alle possibilità di carriera.

Un recente studio di Cordioli, Cordioli Junior, Gazetta, Silva e Lourenção (2019) ha considerato e valutato i livelli di stress lavoro correlato causati dal contesto professionale e il coinvolgimento lavorativo (work engagement) tra gli operatori sanitari in prima linea nella cura ai pazienti. Dall'analisi dei dati raccolti, rilevano la presenza di diverse tipologie di stressors associati con l'ambiente di lavoro stesso, ovvero l'assenza di training specifici, perdita di informazioni chiave per prendere decisioni organizzative significative, poca chiarezza nella possibilità di poter effettuare una crescita professionale, episodi di favoritismo o, al contrario, di discriminazione, assenza di valorizzazione da parte dei manager, ripartizione dei compiti e delle attività in modo confusionario e poco chiaro, affidamento di compiti e responsabilità secondo modalità non definite, elevati carichi di lavoro ma poco tempo a disposizione. Conseguentemente,

questi aspetti portano ad un ulteriori stressors, come la mancanza di materiale e risorse per fronteggiare situazioni delicate e complesse, mancanza di un'adeguata preparazione circa le competenze richieste dal proprio ruolo, conflitti sul posto di lavoro, pressione interna ed esterna, mancanza di riconoscimento, lotte per il potere, elevata competizione, autoritarismo, carichi di lavoro elevati, intromissione della sfera lavorativa all'interno di quella personale/familiare e simili. Coerentemente, un ambiente di lavoro inadeguato e poco sano comporta stress nel personale sanitario e, di conseguenza, uno stato di esaurimento psicofisico verso la propria professione.

4.1.2 RELAZIONI INTERPERSONALI

I rapporti conflittuali e ostili con i colleghi o con i responsabili, la totale assenza di supporto reciproco, la disorganizzazione nella gestione del carico di lavoro, la bassa trasparenza e comprensibilità circa i compiti e le responsabilità assegnati rappresentano una consistente e significativa fonte di stress lavorativo.

A supporto di quanto affermato, secondo uno studio di Sveinsdottir et al. (2006), infatti, la totale assenza di supporto sociale reciproco tra pari collaboratori, con i superiori o con i propri preposti porta ad un decremento della soddisfazione in merito alla propria vita professionale, la quale determina un conseguente forte aumento della possibile manifestazione di stress lavoro-correlato.

Nei casi più estremi, a causa del ridotto numero dell'organico interno, gli infermieri fanno molta difficoltà ad andare incontro a ogni singolo bisogno di ciascun paziente. Questa inabilità nel portare a termine in modo positivo il proprio compito principale comporta un forte sentimento di frustrazione e insoddisfazione, sia personale sia professionale. Ciò può condurre il singolo operatore sanitario a desiderare di allontanarsi dal ruolo che ricopre abitualmente (Hegney et al., 2003).

Di recente, in corrispondenza con l'inizio della pandemia da Covid-19 che verrà presentata più nel dettaglio successivamente, Hou, Zhang, Cai, Song, Chen, Deng e Ni (2020) hanno studiato l'effetto del supporto sociale sulla salute mentale del personale sanitario sottolineando, inoltre, la mediazione svolta dalla resilienza e dall'età, inteso come fattore anagrafico. Dai risultati si coglie che, coerentemente con quanto rilevato anche nella letteratura passata, gli operatori a contatto con elevati livelli di supporto sociale tendono a riportare maggiore benessere e salute mentale. Inoltre, la resilienza

assume un ruolo di mediatore nell'associazione tra supporto sociale e salute mentale; analogamente, anche l'età subentra come moderatore tra supporto sociale e salute mentale, dimostrando che i lavoratori medio-giovani tendono ad essere meno vulnerabili, sotto certi punti di vita, a livello di benessere psicofisico generale.

La difficoltà di portare a termine tutte le attività e i compiti è dovuta ad un elevato carico di lavoro (*workload*) che rappresenta uno dei principali fattori che vanno ad influenzare la performance e l'operosità degli operatori stessi. Du e Hu (2021) affermano, infatti, che i carichi aumentano in presenza di un contesto lavorativo complesso, in cui il soggetto non ha familiarità o non ha ricevuto una buona preparazione e formazione per affrontare le attività e portarle a termine, dovendosi di conseguenza confrontare con richieste molto tecniche che lo portano a svolgere turni di lavoro molto lunghi. I carichi di lavoro possono essere anche di tipo mentale, i quali se ingenti peggiorano il senso di affaticamento e spossatezza (*fatigue*), diminuiscono la capacità del singolo di apprendere, aumentando la percezione di pressione proveniente dal contesto di lavoro. Tutti questi risvolti negativi causano, a loro volta, un'elevata percezione di stress lavoro correlato che può sfociare in burnout e, nel caso più estremo, nella necessità di abbandonare ed uscire dall'organizzazione.

4.1.3 NATURA E CARATTERISTICHE DELLA MANSIONE

Una persona con l'ambizione di poter lavorare all'interno del contesto sanitario ha in sé il desiderio e la predisposizione a fornire il proprio aiuto e il proprio supporto agli altri, che si trovano in condizioni di difficoltà o di svantaggio (Marshall, 1980). Tuttavia, nel momento in cui le aspettative incontrano la realtà vera e propria, rapidamente si realizza che il lavoro e le attività da svolgere non rispecchiano ciò che ci si immaginava inizialmente, soprattutto considerando il carico di lavoro, la presa di responsabilità nel portare a termine i propri compiti e il costante contatto ravvicinato con la sofferenza, il timore di contagio e la morte (citato da Harms, 2021).

Ricoprire un ruolo come operatore sanitario implica l'esposizione a turni notturni, al sovraccarico di lavoro, all'assenza di personale e all'esposizione continua alla sofferenza. Tutti fattori che rappresentano importanti fonti di stress lavoro-correlato.

Relativamente con quanto affermato, un ulteriore *stressor* altrettanto significativo è costituito dalla prolungata esposizione a patologie, anche potenzialmente infettive e

contagiose, che porta il dipendente a doversi interfacciare con il timore di poter essere a sua volta vittima di contagio, sia dall'esposizione diretta con il paziente sia dal dover maneggiare e gestire strumenti che potrebbero raffigurare un mezzo per la diffusione del contagio stesso, come ad esempio le siringhe (Marie, 2007).

In merito, Harms (2021) ha affermato, riprendendo un precedente studio di Melnyk et al. (2018), che lunghi turni di lavoro comportano un indebolimento dell'efficienza nello svolgimento delle proprie attività, aumentando necessariamente il margine di errore e, pertanto, l'inefficienza. Allo stesso modo, anche i turni di lavoro sono fonte notevole di stress, infatti sono associati ad un decremento della qualità e dei livelli di benessere personale di tipo psicofisico. A maggior ragione, con l'emergenza improvvisa derivata dalla rapida diffusione del coronavirus lo staff medico è entrato ufficialmente in una condizione di criticità. Trovarsi a corto di personale medico e sanitario ha, però, reso opportuno che medici e infermieri svolgessero lunghi turni e giornate di lavoro, talvolta senza pause o giorni di riposo.

4.1.4 FATTORI ORGANIZZATIVI

Lo stress lavorativo tra gli infermieri deriva da molteplici fattori istituzionali e personali. Ad esempio, secondo le ricerche condotte da Lee e Wang (2002) alti livelli di stress organizzativo sono correlati positivamente con il sovraccarico di lavoro, l'ambiguità di ruolo e l'assunzione di importanti responsabilità circa i trattamenti da destinare ai pazienti. Questi fattori sono anche i determinanti dell'*esaurimento emotivo*, ovvero una delle componenti alla base del burnout, definito da Maslach e Jackson (1981, 1984, 1986) come la componente centrale del burnout stesso e derivante dall'esposizione sistematica con clienti affetti da una qualche problematica (citato da Lee et al., 2002).

Chen, Wu, Kuo, Koh, Guo e Shiao (2022) hanno analizzato vari studi al fine di individuare e definire quei fattori organizzativi che possono portare una o più persone appartenenti allo staff sanitario/ospedaliero ad allontanarsi dall'organizzazione. Sia prima sia durante la diffusione della pandemia da Covid, gli operatori subiscono influenze su più fronti, ovvero sulla salute fisica, sul benessere sociale e sulle condizioni di lavoro. Ran et al. (2020) prima e Gholami et al. (2021) dopo, hanno riscontrano che i fattori di rischio identificabili come valide fonti di stress sono, ad esempio, prestare servizio in dipartimenti ad alto rischio, essere sottoposti a turni di lavoro molto lunghi, utilizzo

inadeguato di strumentazione di protezione personale. Non solo l'esposizione rappresenta un importante rischio ma essi entrano in contatto anche con difficoltà e criticità di tipo medico, aumento vertiginoso delle procedure richieste per lo svolgimento delle attività quotidiane, carichi di lavoro significativi, stress lavoro-correlato, perdita di pazienti e colleghi di lavoro, timore di poter diventare veicolo di contagio verso la propria famiglia e i propri cari e, infine, esaurimento emotivo a causa della discriminazione (sotto forma di stigma sociale) subita nel lavoro (citato da Chen et al., 2022). Secondo l'analisi, questa molteplicità di fattori può indurre un soggetto appartenente allo staff sanitario ad andarsene allontanandosi definitivamente dall'azienda.

4.1.5 CARATTERISTICHE LEGATE AL RUOLO

Khan et al., all'interno di un'opera del 1964, hanno identificato nell'ambiguità e nel conflitto di ruolo due fattori fondamentali dello stress lavorativo. Rispettivamente, l'ambiguità può essere definita come l'assenza di chiarezza in merito alle proprie responsabilità, aspettative e compiti; mentre, il conflitto di ruolo è un vero e proprio conflitto tra diversi ruoli professionali, come ad esempio carichi e domande di lavoro inconciliabili, diverse figure di supervisione su cui fare riferimento (citato da Alyahya & AboGazalah, 2021)

All'interno di tale studio, ad esempio, circa il 50% dei gruppi di infermieri coinvolti nell'analisi ha riportato l'impossibilità, sul luogo di lavoro, di poter esercitare la propria professione in modo completo ed esauriente, problematica indicante la presenza di un'effettiva opposizione ed incongruenza tra le aspettative personali in merito al ruolo e alle attività da ricoprire e la realtà lavorativa vera e propria.

Inoltre, Alyahya et al. (2021), hanno valutato la relazione esistente tra stressors lavoro-correlati e livelli di stress relativamente al personale sanitario. Lo stress può essere condizionato da numerose variabili differenti legate al ruolo *professionale*, da un lato, e *sociale*, dall'altro, come ad esempio carichi di lavoro eccessivi ma anche conflitti o ambiguità relative al ruolo. Svitati studi presenti in letteratura hanno, a tal proposito, rilevato che i carichi (*workload*), ambiguità e conflitto rispetto ruolo causano molto stress nei soggetti e un conseguente calo di soddisfazione per la propria mansione e di qualità della prestazione esercitata (*performance*). Troppo stress non risulta dannoso solo per il singolo ma anche per la stessa organizzazione, andando ad intaccare nel complesso la

performance aziendale totale, derivante dall'unione delle performance di ciascun dipendente.

4.1.6 CARATTERISTICHE INDIVIDUALI

Lo stress occupazionale negli infermieri è determinato per lo più da quanto la singola persona riesce a gestire la propria condizione di stress lavoro-correlato.

Una delle principali fonti di stress per gli infermieri è la preparazione e la formazione del tutto, o quasi, inadeguata nella gestione dei bisogni emotivi di ciascun paziente e dei rispettivi famigliari (Sveinsdottir et al., 2006). Inoltre, ad esempio, da una ricerca è emerso che un alto livello di stress lavorativo è correlato positivamente con l'esperienza professionale e l'educazione (Lee & Wang, 2002).

4.1.7 ESPOSIZIONE AL DOLORE E ALLA MORTE

Lo staff ospedaliero deve sottostare ad una costante e prolungata esposizione con la sofferenza e la morte. In una serie di studi, la morte stessa è stata identificata come una delle principali fonti di stress. Gray-Toft e Anderson (1981), a tal proposito, hanno condotto una ricerca in cinque diversi ospedali, dalla quale è emerso che gli infermieri associano lo stress al dover avere a che fare continuamente con manifestazioni di sofferenza estrema e/o con pazienti in stato morente e nel dover gestire, al tempo stesso, anche i rispettivi famigliari.

In aggiunta, diverse ricerche condotte in seguito hanno dimostrato che anche alti livelli di sovraccarico lavorativo possono essere, in alcuni casi, associati allo stress percepito (Hipwell et al., 1989). Il carico di lavoro non dipende solo dalle capacità personali del singolo infermiere ma anche, e soprattutto, dalla numerosità dell'organico aziendale e dall'attrezzatura e dall'equipaggiamento messo a disposizione per poter affrontare al meglio le attività lavorative assegnate. Tuttavia, l'inadeguatezza delle risorse è una problematica condivisa dalla maggioranza e può comportare, di conseguenza, un aumento della domanda lavorativa e dello stress stesso.

5. GIOVANI, PANDEMIA E SCUOLA

Le restrizioni e le limitazioni delle libertà individuali e sociali, come accennato, hanno avuto un impatto molto forte a livello economico e psicologico sulla popolazione. Di

conseguenza, situazioni di emergenza sanitaria, analoghe a quella in corso, causano vissuti di ansia e stress molto forti. Uno studio condotto da Buccolo e colleghi (2020) svolto durante il lockdown rivela, infatti, che le emozioni maggiormente manifestate dagli italiani sono ansia, paura, tristezza, sensazione di vulnerabilità e, infine, resilienza. La percezione prolungata di stati emotivi simili spinge e motiva le persone ad adottare strategie di coping per affrontarle e contenerne la loro intensità. Inoltre, la presenza preponderante di sentimenti di paura e insicurezza causa, da un lato, un peggioramento del sentimento di fiducia naturalmente percepito verso l'altro e, dall'altro, portano il singolo ad essere sempre meno in grado di riconoscere il ruolo dell'altro e i bisogni ad esso associati.

Similmente, le misure "anti-Covid" introdotte, come dimostrato da una serie di studi che verranno presentati di seguito, e in particolare il "distanziamento sociale" hanno modificato radicalmente lo stile di vita di bambini e ragazzi. Secondo Praticò (citato da Longo, 2021) la completa assenza di svolgere con una certa normalità le lezioni e le attività scolastiche, ludiche, sportive e dilettevoli, l'impossibilità di uscire e condividere esperienze con il proprio gruppo di pari, ha avuto un impatto non indifferente e a tratti inestimabile, infatti, si tratta di un aspetto ancora oggi poco approfondito dalla letteratura. Relativamente a questa tematica, uno studio condotto in Italia da Di Vanni, Crupi e Incognito (2020), che coinvolge un campione di soggetti di età compresa tra 11 e 74 anni, rileva come la fascia maggiormente esposta ad un incremento del malessere psicologico percepito siano i giovani tra gli 11 e i 23 anni. Le dimensioni oggetto di indagine sono soprattutto la preoccupazione associata allo stress percepito, il cambiamento e la sfera emotiva. I risultati dimostrano che i giovani sono la categoria che soffre maggiormente per via di questa situazione emergenziale. La preoccupazione si manifesta nell'inabilità di poter o saper organizzare il proprio tempo e di portare a termine i propri obiettivi, per lo più sociali. Inoltre, soprattutto negli studenti, è stato incontrato anche un collegamento tra la propria situazione lavorativa e la preoccupazione, in quanto presentano un livello di preoccupazione molto elevato, addirittura superiore a quello espresso dagli operatori sanitari. Per quanto riguarda il cambiamento, invece, questo potrebbe crescere aumentando di età, dimostrano ancora una volta come la pandemia influisca negativamente sulle categorie più giovani, sulle loro abitudini e sulla loro vita di tutti i giorni.

La quarantena così come il distanziamento sociale, secondo Sansavini, Trombini e Guarini (2020), sono visti dai più giovani come potenziali fonti di stress, soprattutto per il continuo, inaspettato e improvviso cambio di routine, di ritmi, l'assenza di uno scambio sociale con il proprio gruppo di pari, l'impossibilità di esplorare ed esplorarsi, vivendo, piuttosto, uno stato di incertezza, ansia sociale e stress (citato da Longo, 2021). Per via del fatto che la pandemia è stata percepita in maniera molto differente dalla popolazione mondiale, è difficile stimare nel lungo termine quali saranno le precise conseguenze e i risvolti dal punto di vista della salute mentale nei giovani. Tuttavia, diverse analisi hanno provato a sondare questi aspetti più puramente psicologici.

Un'indagine condotta in Canada da una ONG nel 2020, infatti, ha raccolto e unito i risultati di diverse survey e hanno dimostrato che il 57% dei giovani di età tra i 15 e i 17 anni considera la propria salute mentale "leggermente peggiore" o "molto peggiore" a seguito del periodo di distanziamento sociale; al contrario i giovani di età compresa tra i 17 e i 24 anni hanno valutato come "eccellente" o "molto buono" il proprio status psicologico, tuttavia con un 20% in meno rispetto ai dati rilevati nel 2018 dai diversi studi considerati; il 70% dei giovani tra i 10 e i 17 anni ha affermato di avvertire noia e solitudine (citato da Longo, 2021).

Pierce et al. (2020), attraverso uno studio longitudinale, miravano a confrontare lo stato di salute mentale di un campione molto numeroso di soggetti prima e durante il periodo di lockdown. L'indagine coglie un aumento molto significativo dei livelli percentuali di stress percepito, soprattutto nei soggetti di età compresa tra i 16 e i 24 anni, passando dal 24,5% del 2019 al 37% di Aprile 2020. Una successiva indagine condotta da Loades et al. (2020) ha ripreso, riconfermato e avvalorato tali risultati approfondendo e dimostrando effetti gravi e preoccupanti a livello psicologico, causati dall'isolamento sociale sia nei bambini sia nei giovani adulti. In particolare, è emersa una forte associazione tra solitudine e depressione nei giovani, sia nell'immediato sia nel tempo, in quanto, soprattutto dai più piccoli, perveniva una probabilità tre volte maggiore di essere affetti, nel futuro, da sintomi depressivi e depressione cronica. Si riporta di seguito un pensiero di Pierce et al. (2020) citato nello studio di cui sopra circa quelle che saranno secondo gli studiosi le conseguenze derivanti della situazione post-Covid, con cui si dovrà fare i conti in futuro: *"Man mano che si svilupperanno le conseguenze economiche del blocco, quando i congedi si trasformeranno in licenziamenti, gli ammortizzatori sociali*

scadranno [sospensione dei pagamenti] e la recessione avrà effetto, riteniamo che sia ragionevole aspettarsi non solo sofferenze prolungate e deterioramento clinicamente significativo della salute mentale per alcune persone, ma l'emergere di effetti a lungo termine ben descritti della recessione economica sulla salute mentale, inclusi l'aumento dei tassi di suicidio e i ricoveri ospedalieri per malattie mentali” (p. 890).

5.1 L'IMPATTO DELLA PANDEMIA SULLA DIDATTICA

Uno dei cambiamenti più radicali che ha visto coinvolta l'intera categoria dei giovani italiani, di tutte le fasce d'età, è stato sicuramente l'introduzione della **DaD**, acronimo di “*Didattica A Distanza*” sulla quale Stenico e Murgolo (2021) scrivono criticamente: “*andare a scuola senza prepararsi per uscire di casa, senza lo zaino e gli amici da incontrare, senza l'ansia di arrivare in ritardo o senza scuse per non andarci, priva i ragazzi di un'esperienza fondamentale: l'informazione sensoriale ed emotiva che deriva dalla routine delle lezioni, delle difficoltà e delle gioie della scuola, che favorisce lo sviluppo sociale ed emotivo*” (p. 5).

La scuola è un mezzo per il confronto sociale ed è indispensabile per lo sviluppo di una propria identità e per l'affermazione della propria posizione sociale, di un proprio spazio nel mondo. Le misure introdotte, infatti, hanno impattato in modo considerevole sulla percezione del tempo e dello spazio stesso, in quanto convivere forzatamente in spazi ristretti e condivisi con altre persone, talvolta in ambienti conflittuali e poco educativi, ha creato un forte status di disagio sia nei ragazzi sia nelle famiglie, ostacolando il consueto percorso verso l'emancipazione, che porta i giovani a volersi allontanare dal contesto domestico. Tale processo di emancipazione è “*inteso come il raggiungimento di autonomia, individuazione, differenziazione e strutturazione di una propria identità e personalità. Ostacolare questo processo potrebbe portare l'adolescente anche a provare sentimenti negativi verso se stesso*” (Stenico & Murgolo, 2021, p. 6). A riguardo, il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (2020) sostiene che i soggetti maggiormente esposti all'aumento di stress percepito come conseguenza alla pandemia sono proprio i giovani, spogliati e privati di aspetti fondamentali per progredire con lo sviluppo della propria identità ed autonomia.

Secondo l'analisi di Onyema et al. condotta nel 2020 (citato da Ciurnelli & Izzo, 2020), la chiusura delle scuole protratta per mesi può avere un impatto su due livelli

differenti, uno “*trasversale*”, con l’incremento della difficoltà di apprendere e il rischio dell’intensificazione dell’isolamento sociale; e, uno “*specifico*”, con l’inasprimento e il peggioramento delle disuguaglianze sociali ed economiche. Proprio Ciurnelli et al. (2020) hanno provveduto ad osservare e ad approfondire le criticità e i relativi adeguamenti applicati per fronteggiare il radicale cambiamento della didattica.

L’indagine, condotta attraverso la compilazione di un questionario online rivolto ad insegnanti, genitori e studenti delle Regioni Umbria e Toscana, al quale hanno partecipato 250 soggetti, era finalizzata ad analizzare il grado di partecipazione, i tempi, le modalità e i mezzi impiegati, il grado di soddisfazione generale e il tipo di criticità emerse dallo svolgimento della didattica tramite sistema DaD.

Gli *insegnanti* asseriscono che solo il 70% degli studenti ha partecipato con costanza alle lezioni online per via di problemi di connessione (55,6%) o per la mancanza di opportuna strumentazione con cui partecipare (21,8%); inoltre, la maggior parte degli insegnanti (61,1%) ha considerato e proposto attività da svolgere da remoto sin da subito, nonostante l’11% non disponesse di particolari piattaforme condivise o di materiali digitali. La difficoltà maggiore (33,9%) si è rivelata, però, essere la “*mancanza del rapporto umano e del coinvolgimento emotivo e relazionale*”.

Per quanto riguarda i genitori, circa il 25,6% sostiene che il/i proprio/i figlio/i ha percepito la DaD come una “*misura forzata*” e, in aggiunta, è stato loro chiesto di indicare anche quali fossero i Pro (“*quali aspetti positivi hai riscontrato nella DaD?*”) e i Contro (“*cosa è mancato durante lo svolgimento delle attività a distanza e cosa si potrebbe implementare e migliorare per il futuro?*”) di questa nuova modalità di didattica. Alla prima domanda i genitori di figli appartenenti alla fascia 0-6 anni hanno riportato come aspetti positivi la disponibilità e il sostegno che gli insegnanti hanno dimostrato e come “contro” hanno sottolineato come la DaD fosse una modalità del tutto inadatta per i ragazzi, in quanto priva di momenti di relazioni e interazioni fisiche, sfavorendo completamente lo sviluppo del sentimento di empatia e confronto diretto con l’altro; nella fascia 6-18, invece, hanno sottolineato l’aumento del senso di responsabilità e dell’autogestione dei propri figli ma, rispondendo alla seconda domanda, hanno sottolineato l’assenza del contatto fisico e della condivisione. In sostanza, è comune nel gruppo dei genitori l’idea che la DaD sia uno strumento poco utile all’apprendimento e allo sviluppo personale.

Un numero notevole di alunni (42,2%), per lo più delle scuole superiori con fascia di età di 17-18 anni, ha affermato di aver riscontrato notevoli difficoltà nel riuscire a modificare le proprie abitudini e adattarsi ad una nuova quotidianità, nonché a mantenere attivo lo scambio e la condivisione ordinaria con compagni di scuola, insegnanti e amici, anche da remoto. In aggiunta, il 13,3% ha trovato complesso l'apprendimento e la necessità di relazionarsi sia con una nuova modalità di studio sia di insegnamento. Tra le criticità sentite in larga scala ci sono la “*connessione internet scarsamente funzionante*” (21,1%) e il “*calo di attenzione e concentrazione*” (18,5%). Tuttavia, vi sono anche aspetti positivi percepiti a seguito dell'implementazione di questa nuova metodologia, tra cui una maggiore semplicità nell'organizzare i compiti e i carichi di studio (16,3%), la possibilità di studiare in autonomia, autogestendosi, senza la costante supervisione dei docenti (8,2%) insieme alla possibilità di non doversi svegliare presto al mattino per andare a scuola (10,2%) e, per ultima, l'abilità degli insegnanti nel mantenere una certa costanza nell'insegnamento, anche attraverso modalità e/o attività che prevedessero la relazione o il confronto con i proprio compagni (14,3%).

Per concludere, lo studio sottolinea come il senso di incertezza iniziale percepita dagli insegnanti ha causato una disorganizzazione generale, soprattutto per via del cambiamento repentino e impreveduto che, a causa del rigido sistema scolastico italiano, non permetteva un controllo dell'efficacia del proprio insegnamento e del conseguimento finale, da parte degli studenti, delle conoscenze spiegate ed impartite. I genitori, invece, considerano la DaD una modalità poco funzionale e non sostituibile alla didattica tradizionale, sia per la bassa efficacia sia per il costante utilizzo di strumenti tecnologici che risulta un aspetto particolarmente problematico, in particolare nelle famiglie economicamente in difficoltà o numerose, per via della potenziale bisogno di seguire contemporaneamente più lezioni scolastiche.

Per gli studenti, infine, l'aspetto maggiormente sfavorevole e svantaggioso è legato all'impossibilità di poter continuare a mantenere vivi, da un punto di vista personale, i rapporti interpersonali con i propri pari o con le figure di riferimento, come ad esempio gli stessi insegnanti.

CAPITOLO 2

NUOVI FATTORI DI RISCHIO E PANDEMIA DA COVID-19 IN AMBITO SANITARIO

1. DIFFUSIONE DELLA PANDEMIA E IMPATTO SULLA POPOLAZIONE

A partire dalla seconda metà di dicembre 2019, nella cittadina cinese di Wuhan, è andata sviluppandosi una forma particolare di polmonite dalle cause sconosciute, che inizialmente ha coinvolto un gruppo ristretto di persone legate al locale mercato in cui si vendevano generi alimentari di tipo animale, tra cui pesce, polli, pipistrelli, marmotte, serpenti e altri animali selvatici. Nello specifico, il 7 Gennaio 2020 viene riconosciuto una nuova forma di Coronavirus, poi ribattezzata *SARS-CoV-2* (o *Sindrome Respiratoria Acuta Grave da Coronavirus 2*), o successivamente definito *COVID-19*, caratterizzato da una sequenza genica altamente simile a quella della precedente epidemia di SARS diffusasi tra il 2002 e il 2004 in Cina. A partire dal 1° gennaio 2020, la Cina fu il primo stato a imporre la chiusura dei mercati e ad introdurre l'obbligo di osservanza della quarantena per tutti i soggetti che manifestavano sintomi indicanti la malattia stessa. In seguito, l'11 Marzo 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), definisce il Coronavirus non più come una semplice epidemia, circoscritta a uno o più territori, ma come una “*pandemia*” e un'emergenza sanitaria su scala internazionale (WHO, 2020). Con l'obiettivo di limitare il più possibile la diffusione del virus e l'aumento dei casi di contagio, la maggior parte dei Paesi ha introdotto una serie di misure di contenimento, tra cui il “lockdown”, in cui sono stati coinvolti tutti i cittadini. Nello specifico, i governi hanno posto il divieto verso gli spostamenti, se non in casi specifici ed isolati di reale necessità, il coprifuoco, l'isolamento sociale, la chiusura delle scuole e di tutte quelle attività non considerate “essenziali” (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 64, 11 Marzo 2020). Di conseguenza, semplici situazioni solitamente considerate “normali”, frequenti e gradevoli, sono diventate nuove fonti di ansia, preoccupazione e di pericolo: “*una stretta di mano, un abbraccio, il solo andare al cinema o al ristorante, a scuola, a messa*” (Gloster et al., 2020).

All'oggi, ovvero dopo due anni, il virus ha provocato la morte di più di due milioni di persone mentre il numero dei contagi varia costantemente e quotidianamente (OMS, 2021).

Molteplici case farmaceutiche hanno lavorato in maniera continua ed incessante nel tentativo di individuare un antidoto o vaccino adeguato e valido per la protezione delle persone contro il Covid-19 e tutte le successive varianti manifestatesi.

Tuttavia, le misure di contenimento, seppure utili ed opportune, si sono dimostrate in parte dannose per la salute sia psicologica sia fisica delle persone, così come si era analogamente verificato già in occasione della precedente epidemia SARS nel 2003.

Secondo Brooks et al. (2020) i rischi, soprattutto per il benessere psicologico, possono aggravarsi se accompagnati da una serie di fattori chiave specifici, tra cui: lunghi periodi di isolamento e allontanamento dalla sfera sociale, la percezione di un intenso senso di paura e timore di poter essere contagiati, dell'“affettività negativa”, di un sentimento di incertezza, l'annessa perdita economica, la disponibilità di informazioni non sempre corrette e spesso distorte dai media o dai social, l'assenza di un'efficiente assistenza sanitaria e, infine, lo stigma sociale (citato da Tenconi, 2021).

Come anticipato a più riprese, con la pandemia hanno subito delle trasformazioni, più o meno significative, vari aspetti della vita, sia privata sia professionale, con un conseguente peggioramento della condizione generale di benessere (personale, sociale, economico, psicologico).

Gli effetti altamente negativi associati allo stress percepito dall'esposizione al Covid sono molto simili a quelli dell'antecedente SARS. Prendendo in considerazione, nel dettaglio, la realtà puramente italiana, Castelli et al. (2020), attraverso una serie di analisi, hanno rilevato che le persone hanno affermato di aver percepito disturbo da stress post-traumatico (20%), disturbo d'ansia (69%) e depressione (31%). Inoltre, i sintomi post-traumatici possono aumentare in caso di: appartenenza al genere femminile, basso status socioeconomico, presenza di conflitti sociali, scarso supporto sociale, contatto con informazioni e aggiornamento non sempre chiari, ben definiti e corretti (citato da Tenconi, 2021).

Tra i vissuti di stress più comuni ricordiamo: il timore di contagiare gli altri e ed essere, a propria volta, contagiati; la presenza di una sintomatologia comune a qualsiasi altra forma influenzale, tale da rendere il virus meno identificabile ed esplicito; le restrizioni applicate a discapito della propria libertà individuale; la forte preoccupazione delle famiglie nel non essere in grado di gestire i figli con la didattica a distanza; la paura di una morte improvvisa e inaspettata sia propria sia degli affetti più vicini e cari, che

obbliga, molto spesso, a non poter vedere il defunto per un ultimo saluto; e, infine, la paura del giudizio e delle etichette che tendono ad essere applicate sul singolo o sui relativi affetti in caso di positività.

I soggetti più vulnerabili nel contrarre l'infezione sono necessariamente gli individui affetti da malattie croniche o immunodepressi, anziani, persone con dipendenze di varia natura e, soprattutto, il personale sanitario, in prima linea nella lotta contro la diffusione della pandemia stessa. Secondo l'Istituto Superiore di Sanità (2020) il tasso di mortalità è del 2,4%, di cui l'1,2% per positivi con età minore a 50 anni mentre l'età media dei decessi si aggira intorno agli 80 anni, di cui il 43,5% è rappresentato dalle donne.

2. QUADRO GENERALE PROVVEDIMENTI ADOTTATI DAL GOVERNO ITALIANO

Con il progredire della diffusione della pandemia e allo scopo di contenerla nel limite del possibile, il Governo italiano è intervenuto emanando una serie di DPCM (*Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri*), i quali a differenza dei decreti-legge, che devono essere approvati dal Consiglio dei Ministri, possono essere emanati solo dal Presidente del Consiglio.

Inizialmente scarsamente conosciuti, sono diventati un mezzo normativo molto diffuso, infatti, grazie ad essi sono state imposte gradualmente una serie di misure di tipo restrittivo. Si riporta di seguito una breve cronistoria dell'evoluzione dei DPCM:

Il 23 Febbraio 2020 Veneto e Lombardia, oggetto di veri e propri focolai da Covid, sono state identificate come “*zone rosse*” allo scopo di limitare gli spostamenti da e verso le stesse o al loro interno con lo scopo di non favorire ulteriormente la propagazione del virus già molto diffusa.

Il 25 Febbraio 2020 il Presidente del Consiglio, Giuseppe Conte, ha introdotto nuove tipologie di restrizioni “*in materia di svolgimento delle manifestazioni sportive di ogni ordine e disciplina, di organizzazione delle attività scolastiche e della formazione superiore, di prevenzione sanitaria presso gli Istituti penitenziari, di regolazione delle modalità di accesso agli esami di guida, di organizzazione delle attività culturali e per il turismo*” (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 47 del 25 Febbraio 2020). A tal proposito, infatti, il 4 Marzo 2020 è stata sospesa ogni forma di attività di tipo scolastico o educativo.

Il 9 Marzo 2020, invece, viene introdotto anche il divieto di qualsiasi tipologia di assembramento sia nei luoghi chiusi o sia aperti; e, l'11 Marzo 2020, *“la chiusura di tutte le attività commerciali, di vendita al dettaglio, ad eccezione dei negozi di generi alimentari, di prima necessità, delle farmacie e delle parafarmacie”* (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 64 dell'11 Marzo 2020);

Tra il 20 e il 22 Marzo si vieta lo svolgimento di attività sportiva o ludica se non in prossimità della propria casa, lo spostamento verso abitazioni diverse dalla propria, comprese le seconde case, e dal 23 Marzo al 3 Aprile 2020 la chiusura di tutti i settori produttivi e azienda considerati non essenziali.

Fortunatamente a partire dal 10 Aprile 2020 è andato verificandosi un graduale allentamento delle misure con una, conseguente, progressiva riapertura della durata indicativa del periodo estivo.

Tuttavia, il 18 Ottobre 2020, a causa della seconda ondata di contagi, il Presidente del Consiglio introduce nuove misure restrittive e, attraverso l'emanazione di un nuovo DPCM, definisce tre diverse aree in base alle percentuali di soggetti positivi, ovvero *“gialla, arancione e rossa - corrispondenti ai differenti livelli di criticità nelle Regioni del Paese e per le quali sono previste misure specifiche. Nella fascia riservata alle Regioni a rischio di massima gravità, con scenario 4 (Area rossa) sono concentrate le misure più restrittive; nella fascia per le Regioni a rischio alto ma compatibili con lo scenario 3 (cosiddetta area arancione), sono previste misure lievemente meno restrittive, nella terza fascia, quella per tutto il territorio nazionale, rientrano le restanti Regioni (Area gialla)”* (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 275 dell'4 Novembre);

L'8 Aprile 2021 il Presidente del Consiglio, con la partecipazione del Prof. Locatelli, presidente del consiglio superiore di sanità, ha tenuto una conferenza stampa con lo scopo di intensificare la campagna vaccinale da poco iniziata e trasmettere ai cittadini l'importanza di sottoporsi alla vaccinazione, per contribuire collettivamente alla diminuzione dei livelli di positività, per migliorare la situazione sanitaria e uscire quanto prima da questa situazione.

Grazie al successo del vaccino, a partire dal 17 Maggio 2021 le misure adottate sono state riviste al fine di essere nuovamente allentate, con la modifica della regolamentazione per l'ingresso nelle cosiddette *“zone colorate”* (Decreto-legge 18 Maggio 2021, n. 65).

Necessariamente, a seguito della graduale riapertura e per continuare a motivare le persone a sottoporsi al vaccino, con il nuovo Decreto-legge 23 Luglio 2021, n. 105, è stata introdotta la necessità del possesso del Green Pass e una serie di nuovi criteri per l'assegnazione delle varie colorazioni alle regioni. Lo stesso Green Pass è stato reso obbligatorio per poter accedere agli ambienti scolastici, sanitari e aziendali. In aggiunta, il Consiglio dei Ministri n.48 ha introdotto diverse misure per il contenimento della quarta ondata, come: obbligo vaccinale, estensione dell'obbligo a precise categorie, utilizzo del Green Pass Rafforzato per poter accedere ed usufruire di diversi servizi, verifiche a campione per il controllo del possesso del certificato verde stesso.

Il Decreto-legge 24 Dicembre, n.221, introduce una riduzione della validità del Green Pass da 9 a 6 mesi e l'obbligo di utilizzo della mascherina chirurgica anche negli spazi aperti, del modello FFP2 nei mezzi di trasporto e in ambienti di tipo ricreativo (teatri, cinema, ecc...) e, infine, l'obbligo di possesso del Green Pass per poter accedere e consumare in ristoranti e bar.

Al momento, lo stato di emergenza è stato prorogato fino al 31 Marzo 2022.

2.1 QUARANTENA

Il 23 Gennaio 2020 la città cinese di Wuhan impone a tutti i cittadini, per prima in assoluto, l'obbligo di osservare la quarantena

Dopo la dichiarazione da parte dell'OMS dello "*stato di emergenza*", i governi si sono attivati per introdurre una serie di misure per limitare la diffusione dell'infezione, tra cui ricordiamo le seguenti (Tenconi, 2021):

distanziamento fisico: attenzione al mantenimento della distanza di almeno un metro tra le persone, osservazione dell'isolamento in caso di positività e della quarantena in caso di contatto con un individuo positivo;

protezione personale: utilizzo frequente di gel per l'igienizzazione delle mani, uso costante di mascherine chirurgiche e guanti monouso;

ambientali: riduzione del numero complessivo di posti disponibili nei mezzi di trasporto, implementazione del coprifuoco.

Successivamente, a partire dall'8 Marzo 2020, ispirandosi al modello cinese, anche in Italia è stato introdotto il sistema di lockdown e di quarantena, in quanto secondo Paese al mondo per numero di contagi.

A differenza del concetto di “isolamento”, con “*quarantena*” si intende, secondo il World Health Organization (2020), “*la separazione di persone non malate ma che potrebbero essere esposte ad un agente infettivo o malattia*”, vale a dire che i soggetti che entrano in contatto con un “positivo”, vengono sottoposti alla quarantena obbligatoria, della lunghezza complessiva di 14 giorni a partire dall’ultimo contatto con il paziente positivo. Ad ogni modo sia l’isolamento che la quarantena implicano l’allontanamento del singolo dalla società, ossia dai propri affetti e dalla routine quotidiana. Pertanto, se protratte a lungo, possono comportare conseguenze psicologiche dannose, in quanto associate a paura e ansia generalizzata, al sentirsi isolati e vulnerabili ad una notevole quantità di notizie e informazioni non corrette capaci di grande influenza, per lo più negativa (Dong & Bouey, 2020).

Numerosi sono gli studi che hanno indagato le varie conseguenze di carattere psicologico del Covid-19 derivanti proprio dai limiti imposti dalla condizione di isolamento e quarantena.

Riguardo a questo aspetto, nello studio riportato di seguito di Brooks, Webster e Smith (2020), condotto in Bahrein, sono stati coinvolti soggetti sottoposti sia ad una condizione di isolamento sia di quarantena e le variabili analizzate sono la depressione, lo stress post-traumatico e lo stigma percepito; per studiarle sono state utilizzate le seguenti scale: il CES-D (*Center for Epidemiological Studies Scale*) per la depressione; l’IES-R (*Impact of Event Scale*) per lo stress post-traumatico; e, infine, la SS (*Stigma Scale*) per lo stigma percepito.

Dai risultati è emerso che circa il 40% dei partecipanti ha riportato livelli significativi di depressione; meno del 20%, invece, ha manifestato di aver percepito stress post-traumatico; sia la percezione di depressione sia di stress post-traumatico è stata maggiore per coloro in condizioni di isolamento piuttosto che di quarantena. Lo stigma è stato, infine, rilevato da circa il 53.4% dei partecipanti e, in misura maggiore, da chi si è stato sottoposto a quarantena (64,2%).

Le variabili menzionate sono state, successivamente, messe in relazione con altre variabili demografiche, come genere, status occupazionale, livello di educazione, status familiare. Questa ulteriore analisi dimostra, in particolare, che le donne e gli studenti delle scuole superiori manifestavano maggiore depressione e distress post-traumatico. La quarantena ha comportato un aumento degli episodi di distress post-traumatico, depressione, ansia,

stress correlato alla situazione vissuta e, talvolta, a pensieri suicidi. Anche il possibile venire meno di uno stipendio, la scarsa qualità della vita domestica, la bassa frequenza di attività fisica, l'impossibilità di vivere e stare insieme alla propria famiglia, la percezione di un'integrazione sociale non completa, le relazioni sociali poco qualitative e, infine, l'essere esposti a informazioni scarsamente corrette e coerenti con quanto accade nella realtà, ha causato un aumento delle problematiche legate alla salute mentale delle persone, con un successivo aumento dei livelli di stress stress personale percepiti.

In letteratura è comune comprendere che i soggetti portatori di una malattia o di un virus manifestino livelli significativi di paura di poter essere veicoli diretti di contagio nei confronti di chi gli sta intorno (Brooks et al., 2020). La paura di contagiare gli altri o di essere, a propria volta, contagiati, unita alla necessità di mantenere e rispettare la regola di distanziamento, anche all'interno della medesima famiglia quando necessario, ha portato con sé e ha diffuso la personale percezione di sofferenza e vergogna, aumentando, di conseguenza, la percezione stessa dello stigma sociale.

Entrando nel merito del contesto italiano, lo studio presentato di seguito di Giallonardo e Sampogna (2020) vuole indagare l'impatto diretto che Covid e quarantena hanno avuto sulla popolazione italiana. Gli obiettivi dello studio sono: a. definire l'impatto della pandemia e delle relative misure di contenimento sulla salute mentale degli italiani; b. identificare delle aree specifiche di intervento a seconda della categoria di persone esposte al virus.

I partecipanti sono stati suddivisi in differenti gruppi di appartenenza: a. Gruppo 1 (*"COVID-19 quarantine group"*), a cui appartiene la popolazione in quarantena; b. Gruppo 2 (*"COVID-19 group+ patients group"*), che comprende tutte le persone in isolamento esposte direttamente o indirettamente al virus; c. Gruppo 3 (*"COVID-19 healthcare staff group"*), include gli operatori sanitari impiegati in prima e seconda linea; d. Gruppo 4 (*"COVID-19 mental health"*), rappresentato dal persone affette da problemi mentali, indipendentemente dall'esposizione all'infezione. Dai risultati si può cogliere che, nel Gruppo 1, il distanziamento sociale ha notevolmente modificato la quotidianità, con importanti conseguenze sulla salute mentale e sul benessere personale nel medio e lungo termine. Pertanto, maggiore sarà la durata complessiva della pandemia, più la quotidianità e la vita di ogni individuo rimarrà colpita in modo irreversibile. Per il Gruppo 2, l'esperienza di isolamento, la percezione di pericolo, l'incertezza sulla sorte propria

salute fisica, la paura di morire soli, rappresentano fattori di rischio per l'eventuale sviluppo di sintomi post-traumatici, di depressione e di ansia.

Il Gruppo 3, rappresentativo di tutti quei soggetti che lavorano a stretto contatto con i pazienti contagiati, ha riportato livelli decisamente più alti di sintomi depressivi, d'ansia e stress lavoro-correlato.

Infine, i dati riportano effetti decisamente più significativi per gli appartenenti al Gruppo 4. Infatti, se l'isolamento sociale venisse protratto troppo a lungo nel tempo, causerebbe un aumento sia della quantità sia della frequenza di episodi rappresentativi di disordini mentali. Concludendo, quindi, anche questa analisi dimostra come la pandemia e la quarantena tendano ad avere un impatto molto negativo sulla salute mentale e, in aggiunta, la maggior parte degli operatori sanitari spesso non ricevono un training o un supporto finalizzato a sostenere lo stress e i carichi, mantenendo un certo benessere mentale. Purtroppo, i servizi di supporto psicologico non sono ancora del tutto appurati e in grado di fronteggiare le molteplici conseguenze che possono verificarsi a livello psico-fisico nel breve e lungo termine.

Analogamente, anche in uno studio condotto da Rossi, Succi e Talevi (2020) sono stati indagati i livelli di salute mentale propri della popolazione italiana, considerando soggetti sottoposti ad una condizione di lockdown (quarantena) per circa 3 o 4 settimane complessive e, in aggiunta, anche l'impatto che il Covid-19 stesso ha avuto sui medesimi soggetti, considerandolo in relazione ad una serie di potenziali fattori di rischio ad esso associati. Nel complesso hanno partecipato al Survey circa 18.147 soggetti, di cui 14.447 donne, e le variabili dipendenti oggetto di valutazione sono di seguito riportate: sintomi da stress post-traumatico (PTSS), sintomi relativi a depressione, ansia, insonnia, e il disturbo di adattamento (ADS, *Adjustment Disorder Symptoms*). Invece, le variabili indipendenti utilizzate sono: età, genere e regione di residenza, quest'ultima inserita allo scopo di rilevare l'incidenza avuta dal virus nelle varie regioni italiane. Queste sono valutate all'interno di una serie di circostanze correlate alla situazione di Covid-19, vale a dire:

- trovarsi in una condizione di quarantena sia per positività personale all'infezione sia per essere stati a contatto con un'altra persona infetta;

- cambiamenti avvenuti nella sfera della quotidianità professionale (ad esempio, l'implementazione del lavoro agile e smart-working, carichi di lavoro significativi a causa della situazione in corso, ecc.);
- avere un contatto stretto positivo o ricoverato in terapia intensiva o deceduto.

I risultati indicano che il 37.14% dei partecipanti riportano elevati punteggi di stress post-traumatico percepito; il 17.3% riporta sintomi depressivi significativi; il 20.8% afferma di essere stato caratterizzato da elevati livelli di ansia, mentre solo il 7.3% afferma di aver percepito anche insonnia. Infine, circa il 23% riporta la percezione di ADS, coerentemente con quanto presupposto.

Le correlazioni derivate, inoltre, individuano che essere donna implica un'associazione diretta con tutte le variabili dipendenti considerate; l'età, in particolar modo essere giovani, è associata con la percezione di sintomi relativi al PTSS, sintomi depressivi, di ansia e stress percepito; negli abitanti del Sud Italia, al contrario di quelli del Nord, si individua una correlazione con tutte le misure considerate, ad eccezione dell'ADS; trovarsi in una condizione di quarantena, invece, è in relazione con il PTSS, l'ansia e l'ADS (o disturbo di adattamento). Concludendo, c'è un'associazione diretta con tutti gli *outcomes* per tutti quei soggetti che hanno vissuto eventi o situazioni stressanti a causa del Covid-19. Infine, la condizione di sovraccarico di lavoro da svolgere è direttamente proporzionale, in linea anche con quanto riportato nei paragrafi precedenti, con il disturbo post-traumatico, la percezione di stress (distress) e l'ADS.

Per concludere, lo studio aveva come scopo primario dimostrare per la prima volta i risvolti e l'impatto che l'emergenza sanitaria e il relativo periodo di lockdown imposto hanno avuto sulla salute mentale della popolazione italiana. Considerando tutti gli *outcomes* emersi, è evidente che gli effetti sulla salute mentale derivati sono molto negativi e andrebbero gestiti con corrette azioni di intervento per fronteggiarne un possibile inasprimento.

3. PANDEMIA E LAVORO DA REMOTO

Come riportato in precedenza, l'introduzione di una misura restrittiva come il *lockdown* ha portato con sé una serie di conseguenze negative, soprattutto da un punto di vista economico e psicosociale. Tuttavia, ogni moneta ha due facce, ovvero di fronte ad una serie di aspetti negativi se ne nascono altrettanti di positivi.

Attraverso un'indagine, Kamdi e Deogade (2020) riportano proprio gli aspetti della pandemia da considerare positivamente. La pandemia e il lockdown, infatti, hanno reso necessario l'annullamento o il posticipo di molteplici eventi, sportivi, culturali, religiosi ecc..., riducendo di conseguenza la necessità di viaggiare e di spostarsi, che ha influito in maniera determinante nella riduzione del tasso di inquinamento generale. In aggiunta, con la presenza di un numero molto limitato di veicoli in circolazione, sono andati diminuendo anche gli incidenti stradali. Grazie al lockdown, è diminuita anche la criminalità organizzata, l'utilizzo costante dei mezzi di trasporti e l'attività industriale e la natura è tornata a fiorire. Le persone hanno avuto anche modo di stare per molto più tempo insieme ai propri cari e alle proprie famiglie e/o di dedicare più tempo ai propri hobbies ed interessi, comprendendo l'importanza dell'igiene e del distanziamento sociale. Con la chiusura generale delle attività imposte dai governi della maggior parte dei Paesi del mondo, anche il traffico si è logicamente ridotto e, come documentato dai satelliti della NASA, si è rilevata una diminuzione significativa, di circa 20-30%, dell'inquinamento dell'aria (Nelson, 2020). A questo proposito, l'analisi di Khan, Shah e Shah (2021) tratta più nel dettaglio l'impatto positivo da un punto di vista ambientale a seguito della pandemia, in quanto grazie alle attività chiuse, alle restrizioni imposte a livello sociale e alla drastica diminuzione degli spostamenti, si è rilevato che fiumi e mari apparivano molto più limpidi e puliti, l'aria più fresca, lo smog quasi del tutto assente e la natura orientata alla "riconquista" di luoghi ormai del tutto occupati dall'uomo. Il WHO (*World Health Organization*) nel 2020 ha stimato che l'inquinamento dell'aria causa la morte di circa 7 milioni di persone nel mondo ogni anno, in cui più dell'80% degli abitanti dei centri urbani sono esposti ad ambienti molto inquinati. A tal proposito e grazie al blocco degli spostamenti, in diverse aree metropolitane, tra cui soprattutto il Nord Italia, l'inquinamento sembrava essersi ridotto notevolmente. In Cina, ad esempio, le emissioni di gas e altri agenti inquinanti sono diminuite del 25% nella prima metà del 2020 e la qualità dell'aria è aumentata del 11,4%. Il WHO ha stimato che accorgimenti di questo tipo hanno salvato la vita di almeno 50.000 persone (citato da Khan, Shah, & Shah, 2021). Nello studio precedentemente citato (Khan et al., 2021) è stato analizzato anche l'impatto dell'anidride carbonica (CO_2), che ha un ruolo determinante nel cambiamento climatico. I trasporti, le industrie e i servizi di tipo elettrico hanno un forte impatto nell'emissione della CO_2 ma, grazie al lockdown, le emissioni sono scese drasticamente in tutto il mondo

(Nasa, 2020), in quanto il traffico aereo è diminuito del 60%; riduzione analoga rilevata anche nel Nord Italia, dove le emissioni sono scese del 5-10% in una sola settimana (14-20 marzo 2020).

Anche il trasporto pubblico ha subito un ovvio rallentamento, con una riduzione generale di circa il 95%, poiché gli spostamenti sono diminuiti, ad esempio, del 48% negli USA, di cui New York ha subito la riduzione peggiore, di circa il 63%; e, in Italia, invece, il traffico quotidiano si è ridotto del 65% (INRIX, 2020). Conseguentemente, con la riduzione del trasporto, degli spostamenti e del traffico aereo, è diminuita anche la richiesta di carburante (benzina, diesel e gas), scesa nel 2020 del 9.4% (Rystad Energy, 2020).

3.1 SMART WORKING E TELEHEALTH

Come sostenuto sia da Brynjolfsson (2020) che da Gottlieb (2020) in alcuni dei loro scritti, con l'avanzare della diffusione del Covid-19, molte aziende, scuole ed organizzazioni pubbliche hanno deciso di optare per una nuova modalità di operatività che implicasse la possibilità di lavorare direttamente da casa, ovvero lo *Smart Working*, SM (citato da Bolisani, Scarso, Ipsen, Kirchner, & Hansen, 2020). Non è ancora conosciuto il destino dello SM ma, qualora venisse mantenuto come comune modalità di lavoro, questo influenzerebbe in modo molto significativo la gestione delle attività lavorative e professionali da parte delle aziende o dei vari enti.

Secondo Bolisani et al. (2020), lo smart working può essere considerato come una sorta di mutazione dell'ormai datato "*telelavoro*", in cui l'aggettivo "smart" starebbe ad indicare proprio le implicazioni positive che questa nuova modalità dovrebbe apportare a dipendenti e datori di lavoro, come la possibilità di raggiungere un alto valore aggiunto nelle proprie mansioni, di essere maggiormente produttivi, di disporre di un'elevata flessibilità sia di spazio sia di tempo, di operare in condizioni di più alta qualità e sfidare se stessi all'interno di un grande processo di cambiamento. Secondo una analisi condotta precedentemente da Hassan (2016), la percezione dello SM può variare molto da soggetto a soggetto, per via di una serie di fattori, come ad esempio la tipologia di ruolo e mansione, avere ben chiari gli obiettivi, le esigenze e i bisogni del singolo (citato da Bolisani et al., 2020). Quindi, per concludere, secondo molteplici studi da un lato gli aspetti da considerare positivamente sono la flessibilità, una migliore condizione di

lavoro, un migliore equilibrio vita-lavoro; dall'altro lato, invece, è associato ad un incremento del lavoro e alla necessità, spesso eccessiva, di ricorrere al lavoro straordinario, l'intrusione delle criticità o problematiche legate o nate all'interno della sfera professionale nel contesto domestico e privato e, per ultime, le difficoltà di tipo organizzativo e di coordinamento con i propri colleghi e l'ansia percepita dalla condizione di isolamento.

Bolisani et al. (2020) hanno approfondito l'impatto generale dello smart working in Italia, da cui emergono dati molto diversi che hanno permesso di indentificare una serie di cluster (gruppi) caratterizzati da dati, ovvero percezioni, in comune, rispetto alla situazione di SM generale. Innanzitutto, circa l'80.5% dei soggetti ha dichiarato di non essere mai ricorso, o solo sporadicamente, allo smart working prima della pandemia e l'85% ha affermato di aver iniziato a lavorare con questa modalità dopo aver ricevuto indicazioni precise dai propri datori di lavoro, non scegliendo quindi sulla base della volontà personale. Più della metà dei soggetti, inoltre, ha dichiarato di aver lavorato più del solito ma il 77% ha anche affermato di essere riuscito a mantenere rapporti qualitativi e attivi con i propri colleghi. Considerando questi esiti iniziali, è stata svolta successivamente una *cluster analysis*, dalla quale sono derivati quattro gruppi distinti di soggetti:

- I. il 26% è rappresentato da coloro che non hanno incontrato particolari difficoltà nell'affrontare questa nuova situazione, hanno portato avanti le loro attività lavorative normalmente e che hanno continuato a mantenere relazioni positive con i propri colleghi;
- II. il 27% comprende soggetti molto ben preparati e capaci di svolgere i propri compiti senza incontrare particolari criticità, lavorando però molte più ore rispetto a quanto fatto in precedenza;
- III. il 12% è costituito da soggetti poco preparati che hanno lavorato più del solito ottenendo, comunque, scarsi risultati e incapaci di tenere saldi i rapporti con i propri colleghi;
- IV. il 35%, infine, è rappresentato da tutti quei soggetti che hanno percepito un aumento drastico del carico di lavoro ad essi assegnato, tanto da sentirsi in dovere a lavorare molte ore di quelle dovute per poter ottenere i medesimi risultati

raggiunti in condizioni di “normalità”, arrivando, di conseguenza, a non coltivare rapporti positivi con i colleghi.

Dall’analisi delle risposte date dai partecipanti alla survey sono emersi vantaggi e svantaggi del lavoro da casa più ben definiti. Tra i vantaggi vi è il fatto che lo smart working ha permesso di risparmiare tempo per i vari spostamenti casa-lavoro e viceversa (93%), dà la possibilità ai dipendenti di “bere e mangiare il proprio cibo” (77%) senza doversi appoggiare a servizi o ristoranti esterni, che permette di essere maggiormente concentrati (69%) e di stare insieme alla propria famiglia e ai propri cari (66%). Al contrario, gli svantaggi più rilevanti riguardano la sensazione di sentirsi troppo legati al proprio pc aziendale (45%), la difficoltà nel coordinarsi con i propri colleghi (37%), la mancanza di attrezzatura tecnica (25%) che non permette assolutamente di poter svolgere determinate attività da casa (25%). Un numero minore ha riferito anche di aver incontrato criticità in relazione allo svolgimento di attività meno interessanti, l’impossibilità di accedere a documenti cartacei a disposizione, invece, nel luogo di lavoro, condizioni fisiche poco adatte e la mancanza di attrezzatura idonea (14-25%). Nuovamente è stata condotta una cluster analysis considerando questi ultimi dati relativi agli aspetti positivi e negativi dello smart working. Da questa sono emersi tre cluster:

- I. il 29% dei soggetti riporta minori vantaggi e maggiori difficoltà a lavorare da casa;
- II. il 45% riporta, invece, di aver riscontrato pochi aspetti positivi ma anche poche criticità;
- III. infine, il 26% ha rilevato un elevato numero di aspetti positivi e poche difficoltà e si tratta del gruppo meno numeroso.

In sostanza si rileva che da un lato vi è un gruppo che ha apprezzato di gran lunga il ricorso alla smart working (gruppo 3), e dall’altro vi è un gruppo diametralmente opposto (gruppo 1).

Con particolare riferimento all’ambito sanitario, la “*telehealth*” o “*telemedicine*” (letteralmente “*telemedicina*”) è una formula alternativa al comunemente conosciuto “*smart working*”, che permette di fornire ed assicurare supporto e cure di tipo clinico ai pazienti, di educare sulla salute pubblica e di gestire e controllare la propria salute da remoto (Rodriguez Socarrás, Loeb, Teoh, Ribal, Bloemberg, Catto, N'Dow, Van Poppel, & Gómez Rivas, 2020). Questo tipo di nuovo sistema permette, rispettivamente:

- I. la riduzione della diffusione del coronavirus;

- II. la riduzione del rischio di contagio;
- III. la riduzione della diffusione e trasmissione verso gli operatori negli ospedali;
- IV. la possibilità di continuare a prestare servizio clinico ai pazienti anche in caso di positività dei professionisti sanitari stessi;
- V. visite più snelle e “comode” per il paziente;

La “*telemedicina*” coinvolge necessariamente un intero team di lavoro, che può includere medici, infermieri, segretarie, l’amministrazione, comprendendo trasversalmente anche con altri reparti, ad esempio laboratorio, oncologia, radiologia ecc.

Monaghesh e Hajizadeh (2020) si sono impegnati per identificare la funzione della *telehealth* nell’attività di prevenzione, diagnosi, trattamento, supporto e controllo di eventuali malattie o problematiche legate alla salute durante il periodo pandemico. Il suo utilizzo permette di controllare maggiormente il corso di una malattia, disturbo o problematica e la gestione del caso stesso in un periodo in cui è richiesto di limitare gli spostamenti verso cliniche ed ospedali.

I ricercatori hanno condotto una serie di studi, dai quali sono emersi maggiori dettagli circa gli strumenti utilizzare per attuare questa forma di supporto medico a distanza, i risultati e gli effetti. L’assistenza è fornita attraverso: social media (ad esempio, Messenger, Skype, FaceTime, ecc...), sistemi di messaggistica (ad esempio, Whatsapp, e-mail), telefonate, videochiamate, piattaforme video, siti internet. Alcuni outputs, invece, possono essere: condivisione di informazioni di tipo assistenziale più veloce e rapida, diagnosi immediata circa sintomatologia da Covid-19 o varie, monitoraggio delle condizioni di salute dei pazienti da remoto, raccolta e aggiornamento delle informazioni e dati clinici, gestione di emergenze da remoto, visite da remoto con il supporto di piattaforme video, controlli di follow-up telefoniche, gestione di appuntamenti a livello digitale, utilizzo di portali di consultazione ecc.

Al fine di ridurre i colloqui o le visite in presenza, gli HCWs posso contattare i propri pazienti comodamente da remoto per intervenire in caso di emergenza, valutazione o cura. Ad esempio, l’utilizzo di sistemi di survey online per l’analisi della salute mentale diffuse attraverso piattaforme di comunicazione, come WeChat, WhatsApp e Tik Tok, hanno permesso a psicologi, psichiatri e autorità sanitarie di fornire programmi o servizi di supporto psicologico attivo. Vale a dire che la *telehealth* ha consentito a professionisti di fornire assistenza da remoto a soggetti o pazienti in condizioni di isolamento, a causa

delle misure di contenimento imposte dallo Stato, allo scopo di contenere o gestire sintomatologia tipica del burnout, ansia e depressione.

A tal proposito, all'interno di una clinica radiologica appartenente all'Oncology Institute of Southern Switzerland, è stata condotta una riorganizzazione della routine e della pianificazione giornaliera delle attività sulla base delle restrizioni introdotte dal WHO. In particolare, gli oncologi si sono organizzati al fine di lavorare da casa per almeno 1-2 giorni alla settimana, attivando database contenenti informazioni mediche e la possibilità di pianificare e prenotare particolari postazioni di trattamento. Questo ha permesso loro di confrontarsi maggiormente via telefono o Skype con i pazienti, riducendo necessariamente il numero di visite dei pazienti in ambulatorio e permettendo di rispettare le misure di distanziamento sociale e la protezione del team di professionisti.

In aggiunta, anche le riunioni di allineamento quotidiane sono state trasformate in call da remoto in cui il focus principale era a) la discussione e il confronto su nuovi pazienti o sull'aggiornamento dei piani radioterapici da applicare ad essi; b) aggiornamento sulle procedure o su nuove strategie e percorsi di cura (Deantonio, Bosetti, Cima, Martucci, Borgonovo, Di Bella, Pesce, Valli, & Richetti, 2020).

4. LA TRASFORMAZIONE DEL CONTESTO SANITARIO

Il contesto sanitario può essere descritto come un ambiente strutturato ma molto complesso, caratterizzato solitamente da un'organizzazione del lavoro su turni, da un carico di lavoro mediamente molto elevato e, talvolta, estremo; il tutto dovuto soprattutto dalla presenza di un organico interno ridotto ed esiguo, dal conflitto lavoro-famiglia, dalla gestione costante di varie tipologie di emergenze e, infine, da elevate richieste di tipo emotivo.

L'emergenza sanitaria ha aumentato la pressione verso gli ospedali e, come conseguenza diretta, anche verso il personale interno stesso. Soprattutto nelle fasi iniziali, gli ospedali si sono trovati impreparati sia per la mancanza di idonei dispositivi di protezione personale sia per l'assenza di protocolli e linee guida precisi e chiari sia per la carenza di un'adeguata e sufficiente strumentazione medica per affrontare un periodo emergenziali così lungo. Secondo quanto studiato da Lai et.al. (2020) e di Pappa et al. (2020), infatti, gli operatori sanitari si sono ritrovati a gestire una sollecitazione e una tensione con, però, attrezzature inadeguate o non disponibili per il contenimento dell'infezione e/o di

protezione personale, dimostrando quanto il mondo fosse del tutto impreparato a sostenere una simile situazione. Questa circostanza critica aumenta il rischio di sviluppare nel medio o lungo termine distress o altri disagi a livello psicologico, in particolare gli operatori esposti direttamente e in prima linea (citati da Ahmad, Floris, Leone, & Piga, 2021).

Questa impreparazione si è manifestata analogamente in molteplici Paesi. Anche a Wuhan, ad esempio, epicentro dell'inizio dell'epidemia, gli operatori sanitari sono stati investiti da un'intensa pressione, derivante dalla costante esposizione ad una fonte di potenziale contagio, dall'assenza di protezioni adeguate a limitare le probabilità di infezione, dal sovraccarico e dall'intensificazione del lavoro, dalla frustrazione e, infine, dall'obbligo di isolamento sociale. Questa situazione ha contribuito ad incrementare la manifestazione di problematiche legate alla salute mentale degli operatori, le quali non solo hanno un forte impatto verso il grado di attenzione e le capacità decisionali, ma possono, in particolare, avere un effetto negativo duraturo nel tempo (Kang et al., 2020). I più esposti risultano essere comunque gli infermieri, posti costantemente di fronte al rischio, al pericolo e a contatto con i malati e le loro famiglie, e tutti gli operatori che operano in reparti con malati terminali o affetti da patologie pericolose.

Il Covid ha inasprito notevolmente le condizioni lavorative del personale sanitario, impegnato in prima linea nella lotta contro al virus e, al tempo stesso, rispettoso delle disposizioni introdotte dai governi in termini di contenimento. Gli operatori, giudicati sin dall'inizio come "veicoli" di trasmissione, sono diventati oggetto di discriminazione e, talvolta, hanno sentito la necessità di isolarsi anche dai propri cari (Tenconi, 2021).

Il WHO (2021) ha analizzato più nel dettaglio l'impatto multidimensionale che la pandemia ha avuto sul contesto sanitario e, in particolare, sugli stessi operatori, individuando come fattori determinanti il carattere contagioso del virus, la morte, lo stress percepito, il burnout, la salute mentale e le condizioni lavorative (Figura 1).

Figura 1. Fattori multidimensionali che influenzano il personale sanitario a causa del Covid-19

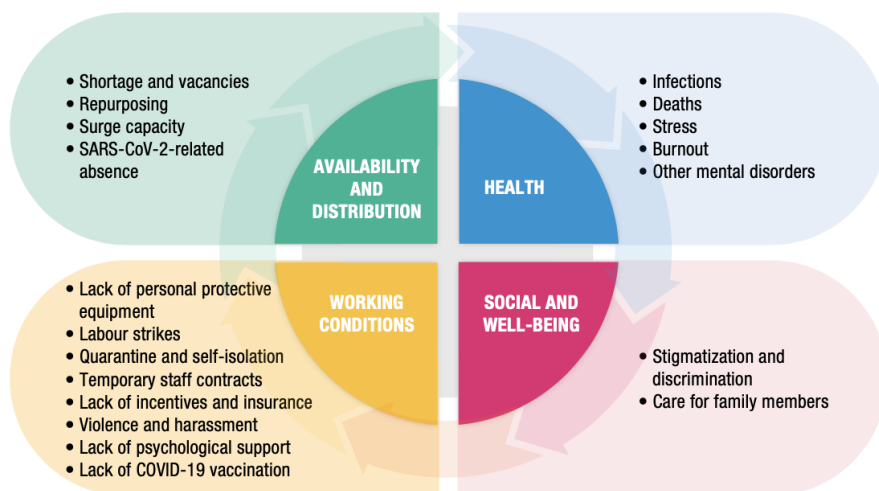


Figura 1. WHO, 2021, p. 2.

Analogamente, anche Meese, Colòn-Lòpez, Singh, Burkholder e Rogers (2021) hanno indagato, attraverso una survey, i fattori causa di stress all'interno dell'ambito sanitario specifico della zona Sud-Est degli USA durante il periodo di pandemia.

Circa l'82% dei dipendenti coinvolti ha riportato elevati livelli di stress lavoro-correlato e i fattori causa specifici includono: avere un ruolo supportivo verso il proprio staff, percepire stress a livello morale, affrontare un incremento delle job demands e di nuove e numerose responsabilità, essere soggetti a carichi di lavoro consistenti e turni molto lunghi, essere sottoposto alla solitudine e all'isolamento sociale e, infine, essere esposti ad una fonte di rischio a carattere contagioso che implica, di conseguenza, il timore di poter contagiare altre persone o propri cari. Ad incrementare ulteriormente lo stress vi è anche la percezione di un disequilibrio tra lo stipendio percepito e l'aumento delle job demands, dell'ansia morale e del rischio per la propria salute. Quest'ultimo aspetto, ripreso anche in precedenza da Narisada nel 2020 (citato da Meese et al., 2021) dimostra come crescano nelle persone delle più elevate aspettative in termini di ricompense e premi se poste di fronte a pressioni significative in ambito lavorativo.

La Figura 2 mostra, più dettagliatamente, le correlazioni tra lo stress lavoro-correlato e i relativi stressors.

FIGURE 2*Top 10 Correlates of Distress Ranked by Contribution to Variance*

- | | |
|---|--|
| 1. Heavy workload/long hours | 6. Perceived inequity of pay cut |
| 2. Increased job demands/
responsibilities | 7. Loneliness/social isolation |
| 3. Higher frequency of moral distress | 8. High risk of COVID-19
exposure while treating patients |
| 4. Perceived organizational support | 9. Individual resilience |
| 5. Autonomy/work control | 10. Fear of infecting family with
COVID-19 |

Figura 2. Meese, Colón-López, Singh, Burkholder e Rogers, 2021, p.318.

Frenkel, Pollak, Schillung, Voigt, Fritzsching e Wrzus (2022), hanno indagato i potenziali fattori di stress lavoro-correlato nel contesto sanitario in Germania durante la pandemia da Covid-19 e, dall'analisi, sono stati identificati quattro fattori latenti:

1. paura di contagiare l'altro ("*fear of transmission*"): considerato anche come diretta conseguenza di un soggetto oggetto di stigma sociale, allontanato dalla sfera sociale in quanto "potenziale fonte di contagio".

2. intromissione dei carichi di lavoro nella sfera della vita privata ("*interference of workload with private life*"): riguarda, nel dettaglio, la mole delle job demands da affrontare, che mette il soggetto in difficoltà nel mantenere un equilibrio e una separazione tra la sfera privata/familiare e la sfera lavorativa, non risultando più in grado di gestire e regolare lo stress percepito;

3. senso di incertezza e mancanza di conoscenza specifica ("*uncertainty/lack of knowledge*"): derivante dall'esposizione ad un numero di informazioni molto vaghe e in costante cambiamento, dalla trasmissione di istruzioni non chiare circa le effettive conseguenze del Covid-19 e dall'utilizzo di attrezzature di protezione individuale non sempre efficaci e sufficienti.

4. senso di preoccupazione verso il proprio team ("*concern about the team*"): si tratta di uno stressor che, tuttavia, mantiene un certo grado di positività, in quanto non riguarda solo il timore di contagiare i propri colleghi o di essere a propria volta contagiati, ma non potendo adempiere ai propri compiti e aumentando, di conseguenza, i carichi di lavoro

dei membri del proprio team, rappresenta anche la sensazione di protezione verso i colleghi stessi, curandosi di loro e rispettando il distanziamento sociale o l'isolamento.

A questo proposito, si riporta un'indagine condotta da Preti, Di Mattei, Perego et al. (2020) che unisce e analizza una serie di studi svolti durante diverse pandemie, come ad esempio la SARS, il MERs, il Covid-19 stesso, allo scopo di dimostrare l'impatto a livello psicologico conseguente alla diffusione di epidemie o pandemie sugli operatori sanitari. Durante gli stadi intermedi della diffusione di una specifica pandemia, circa il 73,5% mostrava sintomi di *PTSD*, di cui il 51,5% era rappresentato dagli HCWs. Nel periodo successivo, ovvero nella fase conclusiva, circa il 28.4% degli HCWS ha affermato di manifestare ancora livelli significativi di PTSD dopo un mese, il 17.7% dopo sei mesi e tra il 10% e il 40% dopo 1-3 anni. Durante la fase maggiormente acuta del virus, la presenza di *sintomi depressivi* tra gli HCWs era tra il 27.5% e il 50.7%. Per il 34-36.1% del campione è stato rilevato una quantità non indifferente di sintomi connessi all'*insonnia*. La privazione e la conseguente riduzione della qualità del sonno è stata riportata, in particolare, dagli operatori sanitari direttamente esposti a pazienti affetti da Covid-19. Mentre, il 45% circa degli HCWs, presenta sintomi d'*ansia* acuti, i quali possono alterare il benessere psicofisico, aumentando il livello di distress e riducendo la qualità e la lunghezza del tempo dedicato al sonno. Per concludere, il 17.3-75.3% ha riferito *sintomi psichiatrici generali* e elevati livelli di *stress lavoro-correlato* (18.1 – 80.1%). Pertanto, descrivendo le criticità riscontrate dagli operatori sanitari nella "lotta" al Covid-19, è necessario sottolineare che, come riferito da Kang et al. (2020) a causare un aumento dei sintomi soprariportati vi sono "*rischio elevato di essere contagiati e la predisposizione di attrezzature di protezione non adeguate o non in numero sufficiente, sovraccarico lavorativo, discriminazione, frustrazione, isolamento, esposizione a stati emotivi negativi, assenza di contatto con i propri cari/familiari, spossatezza e, talvolta, esaurimento, anche di tipo emotivo*" (citato da Preti et al., 2020, p. 16).

Concludendo, è evidente, come sottolineato, che il Covid-19 ha avuto un forte impatto sui dipendenti del settore sanitario, in particolare attraverso la manifestazione di sintomi specifici, e talvolta cronici, come ansia, insonnia, depressione, sintomi di stress molto acuti.

La pandemia da Covid-19 rappresenta uno degli eventi più stressanti mai accaduti a livello mondiale. Secondo Di Tella, Romeo, Benfante e Castelli (2020) gli operatori

sanitari si identificano come la categoria maggiormente esposta al contagio derivante dalla pandemia stessa. Il peso emotivo e psicologico che grava sulle loro spalle è causa dell'aumento dei carichi di lavoro, dell'ansia, dell'esposizione all'infezione o il timore di contagiare i propri cari, dal momento che sono quotidianamente a contatto con soggetti non sani, nella maggior parte dei casi positivi al Covid, con il potenziale rischio di sviluppare forte stress (distress) e/o "disturbo post-traumatico da stress (PTSS). Lo studio ha come obiettivo l'approfondimento e l'analisi dell'impatto che la pandemia ha avuto sui dipendenti del sistema sanitario in Italia. In primo luogo, sono stati confrontati i sintomi relativi ad una condizione di distress psicologico (ansia e depressione) e il disturbo post-traumatico da stress percepito sia tra gli operatori dei reparti Covid sia appartenenti ad altre unità organizzative. In secondo luogo, invece, hanno indagato se le caratteristiche sociodemografiche o cliniche possono causare i medesimi risvolti nei soggetti coinvolti.

Dai risultati si rileva che gli operatori inseriti nei reparti Covid dichiarano elevati livelli di sintomi depressivi e disturbo post traumatico da stress, come diretta conseguenza dalla ripetuta e continua esposizione con pazienti in condizioni critiche, che necessitano di diverse metodologie per rimanere in vita. In particolare, l'esposizione ad episodi o situazioni di tipo traumatico, come la morte dei propri colleghi o familiari, porta necessariamente allo sviluppo di sintomi di ansia, stress e depressione acuti, tipici del PTSS.

4.1 FATTORI DI RISCHIO

Si riportano di seguito alcuni studi che hanno analizzato in modo approfondito ulteriori fattori di rischio derivanti dall'esposizione più o meno diretta al virus all'interno di diversi ambienti di tipo sanitario.

4.1.1 PAURA E TIMORE DI ESSERE VEICOLO DI CONTAGIO

La *paura di contagiare l'altro* (o "*fear of transmission*") rappresenta un aspetto approfondito dallo studio di Nabe-Nielsen, Nilsson, Juul-Madsen, Bredal, Hansen e Hansen (2021). Il tentativo di mantenere un equilibrio tra senso di dovere e responsabilità verso il proprio lavoro e il timore di essere contagiati o trasmettere e diffondere a propria volta il virus o verso il proprio gruppo sociale o verso chi fa parte del proprio ambiente

professionale, rappresenta la problematica centrale che gli operatori sanitari in prima linea si ritrovano ad affrontare. Lo studio mira, infatti, ad analizzare il *risk management* (o gestione del rischio) rappresentato proprio dal Covid-19 tra gli operatori in prima linea, come ad esempio assistenti agli anziani, operatori sanitari ospedalieri o riabilitativi, psichiatri, assistenti all'infanzia, operatori d'ambulanza. Innanzitutto, sono state confrontate l'insicurezza percepita verso le linee guida fornite, l'esposizione al virus, l'accesso a tutta l'attrezzatura di protezione personale (PPE, *Personal Protective Equipment*), la fiducia nel proprio posto di lavoro, la paura di essere contagiati e la paura di diffondere l'infezione. Circa i fattori "*fear of infection*" e "*fear of transmission*" è stato chiesto ai partecipanti di definire in che misura era intimoriti da a) essere oggetto di contagio da coronavirus nel posto di lavoro, b) diffondere l'infezione anche all'interno della propria sfera privata, contagiando quindi la propria famiglia o la propria sfera sociale, c) essere mezzo di contagio verso i pazienti o i colleghi.

I risultati dimostrano che tra il 30% e il 49% dei soggetti afferma di percepire paura verso il coronavirus e di essere esposto ad una situazione ad alto rischio di contagio (*fear of infection*) mentre tra il 30% e il 68% riporta timore nel poter essere un veicolo di diffusione dell'infezione (*fear of transmission*), a dimostrazione del fatto che gli HCWs dispongono per la maggioranza di uno stato di salute mentale di bassa qualità ma di un'alta disponibilità nel prestare il proprio servizio nonostante la situazione lavorativa estremamente rischiosa. A tal proposito, gli assistenti agli anziani riportano tassi maggiori di *fear of transmission* e *fear of infection*, probabilmente per via del costante contatto con pazienti molto a rischio e maggiormente vulnerabili. La poca attrezzatura di protezione personale a disposizione non è risultata, invece, associata alla *fear of transmission*. Un ulteriore studio antecedente a quello precedentemente citato e svolto nella Città di Wuhan, dove tutto ha avuto origine, rivela che i principali fattori associati alla percezione di stress lavoro-correlato per gli HCWs sono, appunto, la preoccupazione per la propria sicurezza, per la propria famiglia e i propri cari, e il timore per la mortalità di pazienti vulnerabili a cui si assiste. In particolare, gli operatori con età compresa tra 30 – 40 anni sono risultati essere maggiormente intimoriti dalla possibilità di infettare i propri famigliari. Tuttavia, anche la paura per la propria incolumità e sicurezza è molto sentita e fonte di ansia, soprattutto nella fascia d'età 40 – 50. La sicurezza e la protezione nei confronti dei propri colleghi di lavoro e l'assenza di reali trattamenti preventivi,

trovandosi ancora all'inizio del propagarsi della pandemia, sono fattori rilevanti nell'aumentare la percezione di stress e ansia all'interno dello staff medico. In sostanza, per gli HCWs, il sentimento di paura e di rischio di contagio nei confronti della sfera familiare rappresenta una delle maggiori fonti di preoccupazione, ansia e stress. Per lo più, la fascia 30 – 40 anni riporta il grado più alto di *fear of transmission* nei confronti della propria famiglia, probabilmente perché la maggior parte di essi hanno figli o perché vivono ancora con i propri genitori, talvolta anziani e più vulnerabili (Cai, Tu, Ma, Chen, Fu, Jiang, & Zhuang, 2020).

4.1.2 INTROMISSIONE DEI CARICHI DI LAVORO NELLA SFERA DI VITA PRIVATA

Mantenere un equilibrio tra le richieste provenienti dalla sfera professionale è diventato sempre più complesso, soprattutto con una pandemia in atto. Secondo il *The Economic Times* (2020) la pandemia ha alterato e modificato il contesto sanitario, coinvolgendo per lo più gli HCWs che ricoprono ruolo di prima linea. In particolar modo, il personale infermieristico si è dovuto confrontare con una serie di difficoltà molto complesse e spiacevoli, come ad esempio adattarsi ad un nuovo contesto, imparando improvvisamente nuovi protocolli e procedure di comportamento e di intervento, fornendo supporto positivo e cure di qualità ai pazienti, percependo, però, un generale senso di scarsità delle risorse a disposizione, osservando turni lavorativi molto più lunghi e un aumento esponenziale dei carichi di lavoro, vale a dire tutti aspetti che vanno a danneggiare e deteriorare la work-life balance (WHO, 2020). Si tratta di un fenomeno con un impatto significativo a livello di benessere psicologico, emotivo, economico e sociale. Secondo quanto riportano Rashmi e Kataria (2021), la scarsità di sufficienti job resources rappresenta una criticità da non sottovalutare, in quanto minaccia la soddisfazione degli infermieri verso la loro specifica professione, nonché la loro capacità di fornire cure adeguate e di qualità ai pazienti. La presenza di risorse quali l'autonomia lavorativa (*job autonomy*), il supporto del proprio supervisore o superiore e dei colleghi, permettono di riuscire a mantenere un certo equilibrio vita-lavoro tra gli infermieri. Coerentemente con la Job Demands-Resources Theory (*JD-R*) di Bakker e Demerouti (2014), presentata nel dettaglio all'interno del Capitolo 1, le *job resources* agiscono come un catalizzatore che permette di raggiungere obiettivi professionali, favorendo l'incontro con le job demands

e supportando lo sviluppo personale del singolo. In questo modo, le work resources influenzano il processo di decision-making, consentendo all'organizzazione di gestire eventuali situazioni di incertezza.

La mancanza di equilibrio tra vita privata e professionale danneggia lo stato psicofisico del personale infermieristico, andando necessariamente ad incidere anche sulla soddisfazione per il proprio ruolo (job satisfaction). Bassi livelli di job satisfaction possono risultare dannosi e pericolosi non solo per la sicurezza e la salute dei pazienti ma anche per le performance organizzative. Secondo Rashmi et al. (2021), quindi, in un periodo storico turbolento come quello attuale, le job resources assumono un ruolo fondamentale nel motivare gli infermieri a controllare, moderare ed attenuare l'impatto delle richieste provenienti dal contesto lavorativo e nel promuovere un generale senso di equilibrio e atteggiamento positivo, come la soddisfazione per la propria professione (*job satisfaction*).

Come si può cogliere nella *Figura 3*, le job demands affrontate dal personale infermieristico, in sostanza, possono essere controllate e gestisce con il supporto delle job resources, le quali portano, ad esempio, alla job satisfaction.

Lo studio di Rashmi et al. (2021) ha lo scopo di analizzare la mediazione della Work-Life Balance (WLB) all'interno della relazione tra tre tipologie di *job resources*, ovvero l'autonomia lavorativa (*job autonomy*), il supporto del supervisor (*supervisor support*) e il supporto dei propri colleghi (*co-worker support*), e la *job satisfaction* esperita dal personale infermieristico in prima linea durante la diffusione della pandemia da Covid-19 all'interno del contesto sanitario indiano, prendendo come riferimento teorico la teoria delle Job Demands-Resources Theory (JD-R) di Bekker e Demerouti.

La seguente figura riporta l'applicazione della teoria della JD-R sul costrutto della Work-Life Balance nel personale infermieristico:

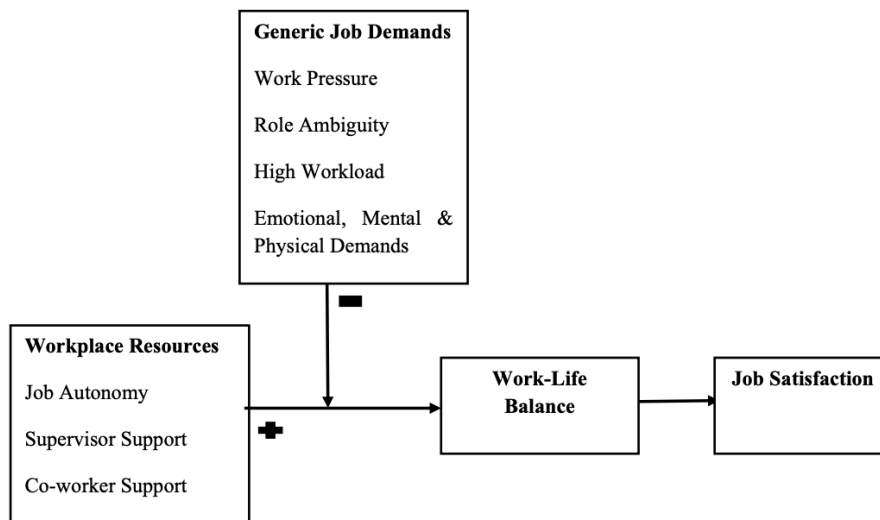


Figura 3. Rashmi e Kataria, 2021, p.4.

- Ipotesi 1: *il senso di autonomia (Job Autonomy) a livello lavorativo potrebbe avere un impatto positivo sulla Work-Life Balance.*

Coerentemente con la teoria JD-R, le persone necessitano di numerose risorse per poter adempiere e soddisfare le richieste provenienti dalla sfera professionale e, in questo, il senso di autonomia diventa una risorsa determinante nel mitigare la tensione generale proveniente dalle diverse sfere della propria vita. In un contesto come l'attuale, gli infermieri ha affrontato carichi di lavoro molto elevati, che hanno causato necessariamente stress e un disequilibrio della WLB, avendo poche risorse a disposizione ma molte richieste/domande a cui far fronte.

- Ipotesi 2: *il supporto del supervisor (Supervisor Support) può influenzare positivamente la Work-Life Balance.*

Il supporto del supervisor, negli infermieri, si misura in base a quanto spesso questo manifesta un giudizio/valutazione positivo verso il loro operato e impegno, influenzando positivamente il loro benessere. Quando il supervisor gli permette di operare autonomamente, gli consente indirettamente di applicare ed utilizzare le loro conoscenze e competenze, portandoli a percepire un senso generale di sicurezza, capacità ed autonomia, gli permette di mantenere un'elevata WLB. Il supervisor ha un ruolo trasversale, in quanto, soprattutto in tempi complessi e

delicati, supporta gli infermieri nel mantenimento di un certo equilibrio tra i diversi aspetti che caratterizzano la vita, sia lavorativi sia non, fornendo sostegno emotivo, psicologico e fungendo da “modello” da cui prendere spunto.

- Ipotesi 3: *il sostegno dei colleghi è correlato positivamente con la WLB.*

Il supporto da parte dei propri colleghi si misura sulla base della qualità delle relazioni e dei rapporti che si sono instaurate con i colleghi di lavoro stessi. Essi possono favorire un maggiore stato di benessere ma anche soddisfare alcuni bisogni tipicamente umani, come il contatto e il rapporto sociale, il senso di appartenenza, l'affetto, la fiducia, la sicurezza e l'empatia. Avere rapporti di qualità e coinvolgenti anche in tempi difficili, permette di attenuare sentimenti negativi come ansia, depressione, distress, rappresentando per gli infermieri un'importante risorsa lavorativa, che influisce positivamente sulla WLB.

- Ipotesi 4: *la WLB è correlata positivamente con la Job Satisfaction.*

La *Job Satisfaction* è stata definita, in passato, da Locke (1976) come uno “stato emotivo piacevole o positivo derivante dalla valutazione del lavoro di un individuo o dall'esperienza professionale in sé” (citato da Rashi et al., 2021, p.7). Dal punto di vista relativo al contesto sanitario, rappresenta un fattore significativo che può motivare un HCW a rappresentare al meglio il proprio ruolo ma anche a fornire cure di qualità ai pazienti.

La relazione tra Job Resources e Job Satisfaction può essere influenzata dalla percezione degli HCW circa la Work-Life Balance.

I risultati dimostrano che la WLB influenza la job satisfaction degli infermieri e agisce da mediatore tra le job resources e la job satisfaction. Inoltre, l'aumento delle job resources (job autonomy, supervisor support, co-worker support) porta ad un'associazione positiva con la WLB degli infermieri, la quale impatta necessariamente sulla job satisfaction. Tuttavia, la WLB media solo in parte la relazione job resources e job satisfaction, ovvero solo con la job autonomy e il supervisor support.

Non sono state rilevate, invece, differenze per quanto riguarda il genere, in quanto la percezione di WLB è risultata molto simile. Anche gli infermieri di sesso maschile, infatti, hanno dovuto far fronte a difficoltà analoghe a quelle riscontrate dalle infermiere nel riuscire a conciliare il ruolo professionale con il ruolo privato/familiare.

Per concludere, l'ipotesi 2 risulta confermata dal momento che il supporto riconosciuto dal supervisor è correlato positivamente con la WLB. Infatti, il supporto di questo tipo ha consentito agli infermieri indiani di ridurre il senso di confusione psicologica, il conflitto tra vita privata e professionale, aumentando il senso di equilibrio generale. In aggiunta, anche il supporto percepito da parte dei colleghi contribuisce ad alleviare lo stress esperito nel contesto sanitario.

Anche l'ipotesi 4, la quale sostiene che la WLB degli infermieri è associata positivamente con la job satisfaction, è stata confermata. Infatti, gli infermieri con una forte e inalterata WLB incontrano minori difficoltà in ambito lavorativo, percependolo come positivo e non ostile.

4.1.3 SENSO DI INCERTEZZA E CARENZA DI CONOSCENZA

Il personale infermieristico ha sempre avuto un ruolo chiave all'interno del contesto sanitario ma, durante il periodo pandemico, la loro mansione è stata posta in una condizione estremamente critica. Questo poiché la pandemia ha obbligato gli infermieri a prestare comunque servizio e cure ai pazienti nonostante il generale senso di incertezza venutosi a creare. Essi hanno dovuto affrontare contemporaneamente l'infezione e alcuni fattori sociali particolari che hanno contribuito ad aumentare la vulnerabilità e la fragilità. Lo scopo dell'indagine di Nelson, Hubbard Murdoch e Norman (2021) è di analizzare e approfondire il ruolo e la funzione degli infermieri durante i primi tempi della pandemia. Attraverso una serie di interviste, sono emerse tre differenti categorie: le sfide di tipo emotivo (*emotional challenges*), il senso di incertezza (*uncertainty*) e i fattori di protezione (*protective factors*). In sostanza, ciascuno di questi aspetti rappresenta ciò con cui gli infermieri si sono interfacciati ma anche quanto si è dimostrato significativo e determinante il lavoro da loro svolto. Nonostante le *emotional challenges* non siano annullabili, se si opera al fine di ridurre la percezione di incertezza e di incrementare i fattori protettivi, gli effetti negativi derivanti dalle sfide emotive in sé possono essere mitigati e moderati.

Le sfide percepite a livello emotivo (*emotional challenges*) hanno portato ad esperire una serie di sentimenti che si manifestano sia a livello fisico sia psicologico. Pertanto, le risposte emotive sono distinguibili in sentimenti con fonte interna (ad

esempio, stress, esaurimento emotivo, ecc...) e con fonte esterna (percezione di frustrazione, colpa, solitudine, incertezza, ecc...). I primi si riferiscono a:

- *ansia*: un'infermiera, partecipante allo studio, ad esempio, ha riportato di aver richiesto un paio di giorni a casa pensando di sentirsi poco bene, realizzando però solo in un secondo momento che si trattava di semplice ansia. L'ansia, spesso, è risultata essere associata anche con sintomi fisici e alcuni partecipanti, infatti, asseriscono che nel momento in cui iniziavano a maturare pensieri relativi al lavoro, iniziavano a percepire anche palpitazioni, tremori o simili;
- *esaurimento*: l'esaurimento del personale infermieristico si manifesta a causa dell'esposizione a continui e ripetuti cambiamenti. Gli infermieri, inoltre, hanno affrontato un periodo complesso anche per via del sottodimensionamento del personale, che contribuisce ad aumentare il senso di esaurimento emotivo generale. La maggior parte di essi si è definito oberato, svuotato e distrutto, anche per via della necessità di porsi in una sorta di condizione di auto-isolamento;
- *stress*: si tratta di uno dei sentimenti maggiormente diffusi tra gli infermieri per lo più a causa del generale senso di insicurezza e della possibilità di contagiare altre persone o se stessi. I partecipanti, inoltre, hanno affermato di avere basso controllo rispetto alla gestione dell'infezione, che aumenta necessariamente la diffusione dello stress lavoro-correlato.

I secondi, invece, si riferiscono a sentimenti provati dagli infermieri dalla relazione con altre persone, e comprendono:

- *senso di colpa*: stato emotivo derivante dal timore di poter diventare "mezzi" di contagio verso la propria famiglia o pazienti, sentendosi, di conseguenza, incapaci di fornire cure di qualità;
- *solitudine*: gli infermieri si sono isolati, nel limite del possibile, dalla propria famiglia e sfera sociale, al fine di proteggerli dal rischio di contrarre la malattia e limitando la loro quotidianità a contatti sociali con i propri cari molto rari e sporadici, maturando necessariamente un sentimento negativo di solitudine ed emarginazione;
- *frustrazione*: emerge, per lo più, a seguito di continui cambiamenti e trasformazioni caratterizzanti l'ambiente di lavoro, gli standard lavorativi e

l'assenza di informazioni aggiornate ed essenziali, tutti i fattori che creano anche un generale sentimento di incertezza condiviso.

Il senso di incertezza (*uncertainty*) rappresenta una conseguenza inevitabile in un periodo simile a quello pandemico, caratterizzato da cambiamenti costanti ed improvvisi ma che sembra avere un impatto ancora più devastante sugli infermieri stessi. Sempre secondo Nelson et al. (2021) questa incertezza si divide in tre ulteriori sottogruppi:

- *sfide comunicative e di leadership*: l'insicurezza e l'indeterminatezza possono emergere di fronte ad una leadership con scarsa capacità comunicativa. In aggiunta, spesso gli infermieri considerano le linee guida imposte e da seguire nelle varie attività lavorative come un mezzo per raggiungere scopi economici piuttosto che un modo per prendersi cura con maggiore attenzione dei pazienti o per aumentare la sicurezza legata al proprio ruolo. La mancanza di una chiara comunicazione si verifica anche nelle situazioni in cui i direttori svolgono numerosi meeting per raggiungere una decisione comune ma, alla fine, le informazioni che ne derivano non vengono trasmesse anche agli HCWs in prima linea, lasciandoli spesso nel caos più totale. In sostanza, la presa di decisione concreta da parte dei leader e la loro comunicazione e condivisione, aumenterebbe il senso di sicurezza dei partecipanti e la sensazione di sentirsi a proprio agio nel lavoro;
- *necessità legate alla pandemia vs bisogni dei pazienti*: gli infermieri sin dall'inizio della diffusione del coronavirus si sono adoperati per gestire un'eventuale incoerenza tra le cure di cui hanno bisogno i pazienti e le necessità derivanti dalla pandemia. Vale a dire che si impegnano quotidianamente nel tentativo di mantenere un certo equilibrio tra la sicurezza percepita e le cure da fornire ai pazienti, focus del loro lavoro. Questo tipo di "conflitto" aumenta il senso di incertezza percepito;
- *Covid-19 e best practice*: il personale infermieristico è diventato l'unica fonte di supporto e compagnia per i pazienti malati di Covid e non, per via delle misure restrittive introdotte anche all'interno degli ambienti ospedalieri. Pertanto, questo dimostra, ancora una volta, la difficile attività di mantenimento di equilibrio tra i

bisogni necessari per proteggere e salvaguardare i pazienti dal virus e le loro necessità psicosociali che gli infermieri sono chiamati a svolgere.

Infine, gli aspetti con funzione protettiva (o protective factors) nei confronti degli infermieri, come riportato da Nelson et al. (2021), sono risultati essere rispettivamente:

- *l'educazione*: i partecipanti hanno riportato che la maggior parte delle conoscenze e degli aggiornamenti relativi alla pandemia le hanno rilevate tramite varie piattaforme social. Tuttavia, coloro che hanno ricevuto informazioni da fonti più certe e specialistiche si sono dimostrati maggiormente in grado di mantenere un elevato livello di sicurezza, con una conseguente riduzione di sentimenti di ansia, stress e insicurezza.
- *la possibilità e la capacità di contribuire attivamente (o ability to contribute)*: il ruolo stesso dell'infermiere medio è da considerarsi come fattore di motivazione. Nella cultura infermieristica è insita l'idea diffusa secondo cui essi sono richiesti dai pazienti e questi ultimi sono considerati come priorità primaria.
- *coesione con il proprio team di appartenenza*: inaspettatamente la pandemia ha favorito una forte coesione all'interno dei team nel contesto sanitario, in particolar modo per gli operatori in prima linea e direttamente a contatto con pazienti positivi.
- *supporto sociale*: permette agli infermieri di sentirsi apprezzati e ripagati dei propri sforzi, essendo il loro un ruolo fondamentale e determinante.

Lo stigma, invece, come verrà riportato più nel dettaglio nei paragrafi successivi, è un aspetto fortemente negativo subito per lo più dagli HCWs. Diversi partecipanti hanno riportato che anche la loro famiglia stessa si rifiutava di incontrarli a causa della paura di poter essere contagiati. Altri raccontano, invece, della tendenza all'allontanamento e all'estraniamento rilevata nei comportamenti dei vicini di casa e/o conoscenti nel momento in cui questi incontrano un operatore sanitario.

4.1.4 SENSO DI TIMORE E PREOCCUPAZIONE VERSO IL PROPRIO TEAM DI LAVORO

Similmente a quanto già riportato in precedenza, lo staff medico in prima linea nella cura e gestione del coronavirus si è ritrovato ad affrontare nuove tipologie di stressor, derivanti dalla stessa pandemia. Il lavoro di squadra, in team (*teamwork*) è diventato infatti un

aspetto tanto importante quanto complesso e difficile da mantenere nel tempo, dal momento che il costante stress percepito rende sempre più difficoltoso il coordinamento tra le parti al fine di ottenere performance di qualità. Tannenbaum, Traylor, Thomas e Salas (2021) hanno analizzato gli stressor principali che possono avere un impatto significativo verso i team di HCWs in prima linea, che se non controllati potrebbero causare bassa collaborazione, bassa qualità nelle cure e nei trattamenti somministrati ai pazienti. Tra questi si ricordano:

- preoccupazione e timore per la propria condizione di salute e quella dei propri colleghi di lavoro;
- sovraccarico di lavoro e affaticamento psicofisico;
- colleghi privi di competenze specifiche;
- bassa conoscenza e confidenza con altri membri del team di lavoro;
- implementazione di nuovi metodi di cura;
- poche risorse e strumenti a disposizione;
- allontanamento e divisione tra team dedicati alla cura di pazienti affetti da Covid e altri team;
- senso di preoccupazione generale verso la propria famiglia e verso i propri cari;
- esclusione e isolamento dalla sfera sociale.

Tra le raccomandazioni che Tannenbaum et al. (2021) suggeriscono per poter controllare il più possibile vi sono la necessità di enfatizzare i successi, piuttosto che gli insuccessi o gli aspetti maggiormente negativi, e gli ostacoli e le criticità che sono state superate con buoni risultati in modo tale da mantenere ben saldo il senso di efficienza ed efficacia del team stesso. Il “team” può essere inteso sia da un punto di vista lavorativo sia privato per indicare il gruppo rappresentato dalla propria famiglia e amici. Infatti, mentre gli operatori sanitari prestano il loro servizio per curare i pazienti, potrebbero essere contemporaneamente preoccupati verso più fronti, ovvero nei confronti dei pazienti, dei colleghi e anche verso il proprio “*home team*”. Le preoccupazioni provenienti da quest’ultima sfera potrebbero minare e danneggiare il livello di attenzione e l’efficacia dell’operatore. Tuttavia, l’inquietudine e l’ansia di poter portare a casa l’infezione ed eventuali ulteriori problematiche legate all’ambito economico o alla salute, risultano difficilmente gestibili all’interno del team di lavoro. Un’organizzazione non può, ovviamente, eliminare tutte le paure o preoccupazioni dei dipendenti ma può fornire un

adeguato supporto al fine di gestirle facendo sì che non influenzino significativamente il ruolo professionale.

Un team di lavoro positivo e valido diventa fondamentale per affrontare un periodo altamente sfidante e complesso mantenendo coordinamento e collaborazione.

4.1.5 STIGMA SOCIALE

Non solo la pandemia da COVID-19 è una novità ma lo sono altrettanto anche i relativi fattori di rischio e le conseguenze ad essa connesse.

Per il personale sanitario, come medici, infermieri, OSS o simili, fornire aiuto, cure e attenzioni è diventato emotivamente complesso se si considera lo sforzo richiesto per mantenere un certo equilibrio tra il proprio ruolo professionale e quello personale, provando al tempo stesso sia una forte senso di responsabilità verso il proprio mestiere sia timore per ritrovarsi costantemente a contatto con pazienti affetti da coronavirus e, pertanto, contagiosi. Questa situazione, già di per sé estremamente complicata, ha introdotto e consolidato un nuovo fattore di rischio, ovvero lo *stigma sociale*, rivolto sia verso pazienti positivi considerati “contagiosi” ma, al tempo stesso, anche nei confronti del personale stesso, veicolo di possibile trasmissione (Sotgiu & Dobler, 2019).

Le persone che hanno contratto o che contraggono la malattia, chi proviene dalle cosiddette “zone rosse” o chi semplicemente ne entra indirettamente in contatto si ritrovano, nella maggioranza dei casi, etichettate, discriminate e allontanate, sperando sentimenti di turbamento e disagio derivanti dallo stigma stesso a loro associato.

Secondo la World Health Organization (WHO) lo stigma derivante dall’attuale pandemia da coronavirus è associato a tre fattori principali, ovvero: a. è una malattia per molti ancora poco chiara e definita; b. l’uomo, in quanto essere umano, ha timore nei confronti di qualcosa di sconosciuto e non ben definito; c. è frequente l’associazione della paura alle altre persone.

Secondo quanto sostengono Sotgiu et al. (2019), l’ansia causata dal sistema di lockdown, dal senso di incertezza generale e dal timore di poter essere contagiati, è andata ad accrescere l’utilizzo dello stigma a livello sociale, portando allo sviluppo di una forma di isteria collettiva che fomenta la discriminazione, i pregiudizi e possibili attacchi verso persone maggiormente vulnerabili in quello specifico momento.

Lo stigma sociale è stato introdotto per la prima volta in assoluto in Sociologia da Erving Goffman nel 1963, che afferma “*definirò normali noi e quelli che non si discostano per qualche caratteristica negativa dai comportamenti che, nel caso specifico, ci aspettiamo da loro [...]. Per definizione, crediamo naturalmente che la persona con uno stigma non sia proprio umana [...] Mettiamo in piedi una teoria dello stigma, una ideologia atta a spiegare la sua inferiorità*” e anche “*un individuo che potrebbe facilmente essere accolto in un ordinario rapporto sociale possiede una caratteristica su cui si focalizza l’attenzione di coloro che lo conoscono alienandoli da lui, spezzando il carattere positivo che gli altri suoi attributi potevano avere. Ha uno stigma, una diversità non desiderata rispetto a quanto noi avevamo percepito*” (citato da Sotgiu et al., 2019, p. 2). Secondo Sotgiu et al. (2019), l’individuo stigmatizzato, quindi, altro non è che una persona etichettata come “diversa” e distante dalle norme sociali più comunemente condivise, che viene esclusa, isolata e portata a provare vergogna, preoccupazione, solitudine e la sensazione di essere inadatta. Si tratta di una relazione negativa tra un singolo individuo e un gruppo che hanno in comune particolari caratteristiche e una precisa malattia. In sostanza, dà vita ad una dicotomia tra *ciò che è da considerare come normale e accettabile e l’essere contagiati e indesiderabili*.

Lo stigma sociale è collegato a diversi elementi, che a loro volta interagiscono tra loro:

1. stigma atteso (*anticipated stigma*): le persone positive cercano di ovviare il problema e il rischio di essere oggetto di discriminazione, ad esempio evitando di sottoporsi ad un controllo tramite tampone;
2. stigma percepito (*perceived stigma*): i soggetti e le loro famiglie si sentono giudicate dagli altri;
3. stigma esperito (*experienced stigma*): i soggetti positivi o direttamente esposti sono esclusi, allontanati, discriminati e isolati dai membri della comunità stessa;
4. stigma interiorizzato (*internalised stigma*): alcuni pazienti hanno manifestato di aver provato vergogna e rifiuto per se stessi causa Covid-19.

Le conseguenze sono negative sia per l’individuo direttamente coinvolto sia per i suoi contatti, ovvero le famiglie o i conoscenti più stretti. Nei casi più estremi, i familiari delle “vittime” di stigma tendono a diventare diffidenti e timorosi seguendo la tendenza della massa, fino a giungere ad allontanare la persona stigmatizzata anche se convivente.

Nel loro studio, Mironava e Lipai (2021), hanno condotto una metanalisi di una serie di articoli che hanno affrontato lo stress percepito dalla popolazione generale durante lo sviluppo della pandemia da Covid-19. Da questo è emerso che la maggioranza si è sentita portata ad associare il virus con uno specifico Stato, la Cina, con una precisa città, Wuhan, e a ricercare un ipotetico “paziente zero”. Tutti segnali, però, che non sono altro che la conseguenza di un sentimento di paura generalizzata nel tentativo di proteggere se stessi da una minaccia esterna poco chiara e definita.

I logici effetti dello stigma sociale sono la sensazione di paura, la depressione, l’ansia, comportamenti di allontanamento ed estraniamento (ad esempio, non dichiarando esplicitamente la propria positività o nascondendo i propri sintomi, non sottoponendosi a tamponi), la negazione della gravità della situazione attuale. A spiegazione di ciò e come precedentemente riportato, Goffman aveva individuato diversi tipi di stigma:

1. stigma associato a malformazioni fisiche;
2. stigma associato a deficit/difetti personali;
3. stigma associato a categorie generiche di tipo sociale (ad esempio, stigma associato in base a distinzioni di razza, religione, nazionalità, ecc...).

In sostanza, l’associazione dello stigma implica una concezione di “noi” vs. “loro”.

Dai vari studi analizzati si rileva che nell’ambito del Covid, in cui la fonte di origine principale è difficilmente individuabile con certezza, lo stigma sociale viene associato con maggiore frequenza verso quelle persone che hanno continui contatti con pazienti affetti dall’infezione. In particolare, dottori, infermieri e operatori sanitari in generale vengono considerati tra i maggiori veicoli di contagio, considerati come “minacciosi” a causa della loro professione, venendo di conseguenza esclusi o allontanati il più possibile.

4.1.5.1 CORONAVIRUS E STIGMA SOCIALE

Con l’introduzione delle restrizioni sociali e con il diffondersi della pandemia si è verificato un automatico aumento dell’ansia sociale, da cui è derivata l’intensificazione nell’utilizzo dello stigma e della discriminazione che, come anticipato, hanno un’influenza significativa sulle persone, che si sentono motivate a nascondere potenziali sintomi, a non sottoporsi ai controlli con i tamponi, ad evitare il ricorso all’assistenza medica e/o a non collaborare nel tracciamento dei contatti avuti.

Ad accelerare la propagazione dello stigma, ricordiamo il linguaggio utilizzato dai media, dai leader politici e dai giornalisti, che, giorno dopo giorno, rafforza e intensifica il legame tra la malattia e altri elementi e aumenta il senso di timore e disprezzo nei confronti dell'altro.

L'assiduo e regolare ricorso ad espressioni o parole che esprimono deumanizzazione, trasmette l'idea che un soggetto positivo o che, semplicemente, è entrato a contatto con la malattia ha commesso un atto inopportuno, tanto da dover essere alienato e considerato meno umano e "diverso". A sostegno di questa tesi, il Codacons (2020) ha rilevato che moltissimi giornali e quotidiani italiani si sono avvalsi delle espressioni il "*virus cinese*" o la "*sindrome cinese*".

Tuttavia, l'infezione si è propagata rapidamente, coinvolgendo più di 100 paesi, e le vittime dello stigma sociale e della conseguente discriminazione sono risultate essere soprattutto i membri dello staff sanitario e ospedaliero, considerati al pari di "*untori*" (termine utilizzato al tempo del Medioevo per definire coloro che portavano e diffondevano il contagio nella comunità volontariamente).

Il fenomeno di stigma sociale che coinvolge gli operatori del settore sanitario viene definito "*stigma di cortesia*" (Goffman, 1963) o "*per associazione*" (Mehta & Farina, 1988), secondo cui una persona che ha contatti sociali diretti o indiretti con un individuo stigmatizzato o che a livello professionale forniscono loro assistenza, può essere a sua volta direttamente associata allo stigma e, quindi, stigmatizzata ed etichettata con vari pregiudizi. Nel personale sanitario, la paura di poter essere vittime dello stigma sociale, può provocare un aumento del burnout, manifestazioni di rifiuto e distacco emotivo verso richieste di aiuto diretto, demotivazione e minore empatia, dando vita ad un circolo vizioso che porta all'esclusione personale e al disagio psicofisico (Mironava et al., 2021). In questo contesto, come riportano Ramaci, Barattucci, Ledda e Rapisarda (2020), gli operatori sanitari sono accompagnati da un generale senso di incertezza, stigma, stress elevato e vivono spesso un conflitto interiore nel tentativo di mantenere un certo equilibrio tra vita professionale e familiare, sentendo da un lato un sentimento di responsabilità verso il proprio ruolo e, dall'altro, il timore e il senso di colpa di esporre anche la propria famiglia ad un virus ancora poco chiaro e definito proprio a causa del proprio lavoro. Necessariamente, come rilevato anche durante precedenti epidemie, esercitare ed operare a contatto con soggetti ad alto livello infettivo, porta alla

stigmatizzazione. Proprio per via di questa sensazione di timore, lo staff medico e ospedaliero potrebbe rischiare di essere meno scrupoloso e attento nell'esecuzione dei propri compiti, delle diagnosi o nell'applicazione di eventuali trattamenti.

Nell'ambito sanitario, lo stigma sociale riguarda il collegamento negativo con persone o gruppi accomunate da una medesima malattia o disagio, che diventano oggetto di stereotipi, etichette e discriminazione. Questo aspetto porta inevitabilmente ad una serie di effetti negativi sia su coloro che hanno effettivamente contratto il virus sia su coloro che ne sono solamente a contatto diretto:

1. la stigmatizzazione causa un aumento della sofferenza nei soggetti malati;
2. sia le persone positive sia i soggetti a rischio di contagio potrebbero nascondere eventuale sintomatologia ed evitare l'assistenza ospedaliero-sanitaria;
3. lo stigma aumenta i livelli di stress, fino a raggiungere una condizione di burnout.

Il personale sanitario è chiamato ad affrontare un'emergenza senza precedenti di fronte ad un pericolo non ben definito, che ha portato il sistema sanitario a condizioni estreme, con un aumento dei carichi, degli orari e dello stress psicofisico. Lo stress deriva da uno squilibrio tra le job demands, obbligatoriamente imposta dalla difficile situazione attuale, e le risorse personali a disposizione per affrontarle. Pertanto, un aumento della domanda, come sostenuto da Ramaci, Bellini, Presti e Santisi (2019), porta il singolo ad essere a rischio di burnout con conseguenze psicologiche, comportamentali, emotive e fisiche, come ad esempio, spossatezza, senso di distacco dall'altro, ansia, insonnia, irritabilità, indecisione, bassa attenzione e reattività, tendenza alla procrastinazione (citato da Ramaci et al., 2020).

Sotto a tale aspetto, Ramaci et al. (2020) hanno condotto uno studio che mira ad individuare la relazione di tipo diretto ed indiretto tra stigma, job demands e qualità della vita professionale, considerando *compassion satisfaction*, burnout, perdita di compassione (o "*compassion fatigue*") in un gruppo di operatori sanitari in un ospedale della Sicilia, dotato di reparto Covid-19.

Nello specifico (Fig. 4) lo stigma, le job demands e la self-efficacy (come variabile personale) hanno un effetto diretto sugli esiti finali che si verificano sugli HCWs.

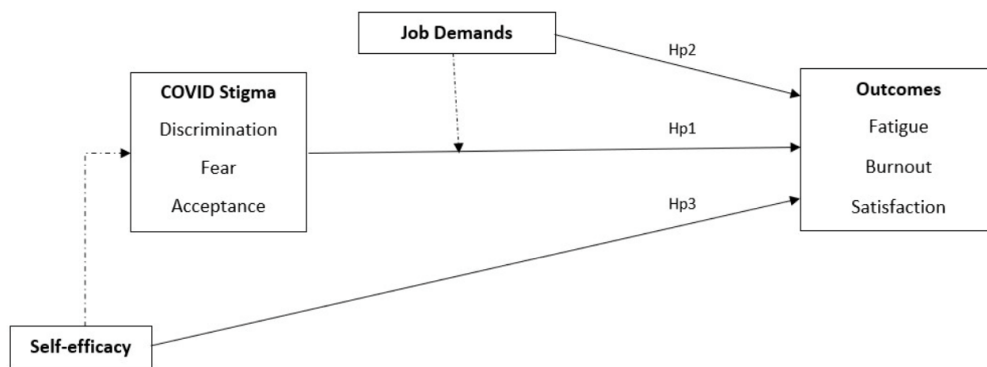


Figure 1. Overall theoretical model of stigma at work.

Figura 4. Ramaci, Barattucci, Ledda e Rapisarda, 2020, p. 4.

Le ipotesi formulate sono tre:

1. lo stigma sociale da Covid-19 predice i risultati: la discriminazione e la paura influenzano negativamente la compassion fatigue e il burnout ma positivamente la compassion satisfaction;

2. le job demands (sovraccarico fisico e mentale) predicono i risultati: influenzano positivamente la compassion fatigue e il burnout ma negativamente la compassion satisfaction;

3. l'autostima predice negativamente la compassion fatigue e il burnout ma positivamente la soddisfazione.

Gli esiti riportano, in primo luogo, che le donne mostrano punteggi maggiori di compassion fatigue e burnout rispetto agli uomini e che l'età è correlata positivamente sia con il burnout sia con la soddisfazione.

Inoltre, tutte le ipotesi sono state confermate, ovvero lo stigma predice positivamente sia il burnout sia la compassion fatigue e negativamente la compassion satisfaction. Le job demands, invece, predicono negativamente tutti gli outcomes mentre la self-efficacy solo la compassion fatigue e il burnout. Da questo si deduce che tali antecedenti hanno un forte effetto sugli outcomes tra gli operatori sanitari, tale da rendere necessari dei piani di intervento per fronteggiarli.

Uno studio condotto in India da Bhanot, Singh, Verma e Sharad (2021) ha analizzato una serie di articoli in cui alcuni gruppi sono risultati target di stigmatizzazione, pregiudizio e discriminazione durante la crisi verificatasi in India a

causa del Covid-19. Sin dall'inizio della propagazione del virus in India, è andata aumentando una concezione negativa attribuita nei confronti di coloro che manifestavano sintomi, ovvero i pazienti Covid sono diventati oggetto di stereotipo, considerati intoccabili e motivo di scherno. Tuttavia, non sono stigmatizzati solo i pazienti infetti ma anche coloro che si pensa possano esserlo. Questo aspetto, relativo all'associazione dello stigma nei confronti di persone che si teme possano essere contagiose ma senza averne la certezza, può essere spiegato dalla "*Terror Management Theory*", che rappresenta un tipico aspetto del comportamento sociale. Per via dell'assenza di un antidoto efficace per fronteggiarne la diffusione, aumenta l'ansia percepita nelle persone che vedono nel virus la possibilità di morire e nell'uso dello stigma una potenziale soluzione per sentirsi "immortali" e non vulnerabili. In India, in alcuni casi, si sono rilevati anche episodi di "*double stigmatization*" o doppia stigmatizzazione, ovvero attuata dalla famiglia stessa nei confronti del membro non sano. Ad esempio, una persona sordomuta è stata allontanata e abbandonata dalla famiglia perché sospettavano fosse positiva al virus.

Analogamente, il personale sanitario in generale (tra cui medici e infermieri) sono intimoriti e, a tratti, frustrati dalla situazione che li vede oggetto di stigma sociale per il solo contatto diretto con pazienti malati, ricoprendo ruoli di prima linea nella lotta al Covid. Di conseguenza, vengono visti negativamente dai padroni di casa, dai vicini, dai conoscenti e dai propri familiari, costringendoli, talvolta, a dover dormire direttamente in ospedale, nei reparti o nei bagni. Questo tipo di trattamento applicato nei confronti di dottori o altri operatori sanitari rappresenta lo stigma da o per associazione, solo per operare direttamente con pazienti infetti da Covid.

Ciò risulta indagato e confermato anche da un ulteriore studio svolto in Russia da Sorokin, Kasyanov, Rukavishnikov, Makarevich, Neznanov, Morozov, Lutova e Mazo (2020) che mira ad analizzare la struttura e il livello di distress psicologico e l'uso della stigmatizzazione in alcune particolari categorie di operatori sanitari durante il Covid-19. Dai risultati si rileva che i livelli di stress diminuiscono nella seconda fase (marzo-aprile 2020) mentre, al contrario, lo stigma aumenta. I medici riportano maggiori livelli di stress se paragonati ad infermieri o ad altre figure del personale sanitario ma meno propensi ad utilizzare lo stigma nei confronti di soggetti infetti. La probabilità sempre maggiore di rischiare di entrare a contatto con persone positive causa un forte aumento dello stress psicologico. Pertanto, quindi, il contatto diretto con questo tipo di pazienti li porta a

percepire le situazioni come molto più stressanti per gli operatori e lo stigma sociale pare sia maggiormente utilizzato dalle infermiere.

Il personale sanitario, a causa della delicata situazione attuale, si è confrontato con il rischio di infezione, spossatezza ed esaurimento fisico, riorganizzazione degli spazi di lavoro e adattamento ad una nuova gestione di tempi ed orari. Tutti fattori che non fanno altro che aumentare il rischio di sviluppare disturbi psicologici. Sempre Teksin, Uluyol, Onur, Teksin e Ozdemir (2020) aggiungono che vi sono anche ulteriori fattori che potrebbero aumentare il rischio di sviluppo di sintomi o criticità dal punto di vista psichiatrico che coinvolgono anche gli operatori stessi, come ad esempio, l'assenza di potenziale supporto psicologico a cui rivolgersi, la condizione di isolamento sociale, lo stigma associato a chi risulta "*viral-infection-related stigma*", il timore personale di poter essere veicoli di contagio, sentimento che si espande anche all'interno delle proprie famiglie. A tal proposito, uno studio di Lai et al., 2020 (citato da Teksin et al., 2019) ha rilevato che più del 70% di operatori manifesta una condizione di distress psicologico, percependo in aggiunta sintomi di ansia, depressione e insonnia. In sostanza lo stigma influenza in modo preponderante la qualità generale della vita. Lo studio di Lai et al., (2020) ha come obiettivo, infatti, la valutazione di fattori e relativi effetti sulla salute, sul benessere mentale e sulla qualità della vita degli HCWs in Turchia.

Dai risultati si rileva che gli operatori che hanno riferito la percezione di elevati livelli di stigma, rispetto a coloro che non lavorano direttamente a contatto con pazienti positivi, possono essere: soggetti con ruolo professionale a diretto contatto con pazienti Covid; e, infine, individui che non dispongono di sufficienti informazioni sul Covid.

Lo stigma percepito è, inoltre, negativamente correlato con la qualità della vita in generale. Proprio a causa dell'isolamento, di criticità di tipo economico e di livelli di stigmatizzazione molto elevati, la qualità della vita ha subito un ulteriore riduzione/abbassamento. Per concludere quindi, la percezione negativa dello stigma potrebbe condizionare positivamente o negativamente sia il benessere psicologico sia la soddisfazione verso la propria vita. Pertanto, sarebbe opportuno prevenire, per quanto possibile, il processo di associazione dello stigma nei confronti del personale sanitario applicando delle strategie di *coping* precise e mirate a proteggere la loro salute mentale e aumentare la qualità della vita.

Per concludere, Schubert, Ludwig, Freiberg, Hahne, Romero Starke, Girbig, e Faller (2021) affermano che i dipendenti oggetti di stigma sono meno in grado di fronteggiare le richieste lavorative giornaliere e sono più propensi a riferire bassa soddisfazione per il proprio lavoro e ruolo, per la propria *job performance*, per il coinvolgimento lavorativo (*work engagement*) e per la consapevolezza ad imparare e crescere professionalmente. Il fenomeno della “stigmatizzazione” può essere anche una diretta conseguenza o di elevati livelli di stress percepito dai dipendenti oppure come esito dall’esposizione diretta al Covid. Sostengono, inoltre, che soprattutto medici ed infermieri sono discriminati ed esclusi anche dalla loro stessa famiglia e amici (19%).

5. RISORSE LAVORATIVE E RISORSE INDIVIDUALI DEGLI OPERATORI NEI CONTESTI SANITARI

Il modello Job Demands-Resources, o JD-R, di Bakker e Demerouti (2017) consente di identificare ostacoli e/o facilitatori che agiscono sulla salute mentale dei lavoratori. Considera, inoltre, il contesto lavorativo come una fonte sia positiva sia negativa per il benessere mentale, a seconda di come l’ambiente viene gestito, definito ed organizzato, e che si compone, quindi, di *job demands* e *job resources*, entrambe molto influenti sulla salute mentale dei dipendenti. Come anticipato all’interno del primo capitolo, le *job demands* possono essere di tipo organizzativo, sociale e psicologico, mentre le *job resources* si compongono di aspetti sociali, psicofisici ed organizzativi e consentono al lavoratore di cogliere gli aspetti positivi e i vantaggi necessari per ristabilire un equilibrio a fronte della fatica psicologica, emotiva e cognitiva derivante e richiesta dalle *job demands*. Nonostante *job demands* e *resources* agiscano autonomamente e separatamente, le *resources* possono smorzare l’effetto proveniente dalle *job demands* permettendo ai soggetti di applicare diverse strategie di coping. Un mancato equilibrio tra le due, causa distress. Studi recenti, inoltre, hanno considerato anche risorse individuali o personali e non solo inerenti alla sfera professionale, come ad esempio ottimismo, capitale psicologico, speranza, self-efficacy. Nello studio di Giusino, De Angelis, Mazzetti, Christensen, Innstrand, Faiulo e Chiesa (2022), questi hanno preso come riferimento teorico il modello IGLO (*Individual-Group-Leader-Organizational*), che analogamente permette di identificare sia *job demands* sia *resources*. Secondo il

modello, però, le cause di malessere mentale sono attribuibili a quattro differenti livelli: individuale, gruppo, leader, organizzazione.

In sostanza, nello studio citato è stato integrato il precedente modello di Bakker e Demerouti con il modello IGLO, al fine di analizzare l'impatto che il Covid-19 ha avuto sul personale sanitario a livello di salute e benessere psicologico.

Per quanto riguarda le Job Demands:

- a *livello individuale*, riguardano i carichi emotivi e sentimentali (*emotional load*), come timore per i colleghi infetti e di poter eseguire diagnosi errate, paura per la morte e di poter contagiare l'altro o la propria famiglia, stato di salute precario ed incerto. Inoltre, gli HCWs sentono un bisogno sempre maggiore di stare vicini alla propria famiglia che, però, a causa delle misure di restrizione che impongono il distanziamento sociale diventa complesso se non grazie all'utilizzo di dispositivi tecnologici e piattaforme digitali. Tuttavia, molti operatori hanno affermato di riscontrare ripetutamente una serie di difficoltà nell'utilizzo degli stessi a causa di un generale "analfabetismo digitale" (*digital illiteracy*).
- a *livello di gruppo*, comprendono il distanziamento sociale, il quale viene considerato come un ostacolo per lo sviluppo e il mantenimento di interazioni sociali, per una fluida comunicazione, per un veloce e chiaro scambio di informazioni e per il clima sociale. Infatti, i partecipanti hanno affermato che il distanziamento ha complicato i tentativi di mantenere un clima positivo e forte all'interno del team, ad esempio in alcune organizzazioni nell'epoca pre-covid c'era l'abitudine diffusa di svolgere meeting interni interdipartimentali con cadenza costante mentre, con l'introduzione del distanziamento, si è passati allo svolgimento di riunioni più brevi e con meno partecipanti, sfavorendo lo scambio e l'influenza reciproca.
- a *livello leader*, invece, riguardano l'aumento significativo dei carichi di lavoro a livello manageriale/direzionale, che si traduce in tempistiche pressanti e opprimenti e in un'estensione degli orari di lavoro. Alcuni soggetti in posizioni di leadership hanno affermato, infatti, di aver lavorato anche 15 ore al giorno, iniziando molto presto al mattino ma con la tendenza a guardare la casella di posta ancora prima di iniziare il turno, in quanto il loro ruolo è rappresentativo

dell'organizzazione e del management e, pertanto, per qualsiasi richiesta o problematica ne diventavano il punto di riferimento diretto per i vari collaboratori.

- a *livello organizzativo*, includono un notevole aumento dei carichi di lavoro, elevata fretta e pressione nello svolgimento delle proprie attività, turni di lavoro prolungati, conflitto vita-lavoro e, infine, riorganizzazione della mansione di appartenenza. Quest'ultima deriva da cambiamenti a livello strutturale, logistico e di reparto necessari al fine di poter disporre di spazio a sufficienza per accogliere i pazienti positivi al virus. Un'infermiera, in aggiunta, ha riportato che se nuovi cambiamenti introdotti a livello organizzativo fossero accompagnati da una serie di istruzioni specifiche, queste permetterebbero agli HCWs di percepire maggiore controllo nei confronti della situazione in sé.

Le Personal Resources emerse per fronteggiare il coronavirus in ciascun livello, invece:

- a *livello individuale*, includono la flessibilità, la proattività, il coinvolgimento, l'adattabilità alla novità, la resilienza, comportamenti proattivi extra ruolo, la motivazione, il senso di iniziativa e l'entusiasmo individuale. Circa la motivazione uno dei manager coinvolti nello studio ha affermato che "*in quella circostanza, ognuno di noi ha applicato spirito di iniziativa e la propria motivazione con lo scopo di fare sempre il meglio possibile, anche se in tempi complessi*" (p. 11). Questi dati dimostrano come la pandemia non ha solo avuto un impatto negativo sui soggetti appartenenti e dipendenti al contesto sanitario.
- a *livello di gruppo*, sono comprensive di supporto reciproco, solidarietà, maggiore coesione sociale, lavoro in team, collaborazione e coordinamento interprofessionale, grazie a confronti e allineamenti quotidiani. Le relazioni all'interno del team sono migliorate favorendo maggiore coesione tra le parti, soprattutto grazie ad un senso generale di appartenenza, percependosi tutti sullo stesso piano e sulla stessa "barca", favorendo così la possibilità di affrontare con maggiore leggerezza un simile periodo. Com'è intuibile, arrivare a risultati simili non è stato semplice ma la collaborazione e la coesione ha permesso loro di percepire lo stress lavoro-correlato in chiave positiva (*eustress*), nonché di sentirsi meno soli ed emarginati dalla maggioranza.

- a *livello di leader/manager*, comprendono notevole disponibilità verso i propri collaboratori, anche oltre l'orario lavorativo, atteggiamenti motivazionali e di supporto.
- a *livello organizzativo*, sono rappresentate da iniziative per mantenere un certo equilibrio psicofisico e per favorire la salute mentale, l'utilizzo e il supporto di dispositivi tecnologici per svolgere in sicurezza una parte delle proprie attività, avere a disposizione adeguati e sufficienti PPE (*Personal Protective Equipment*), ovvero i dispositivi di protezione personale che gli HCWs devono utilizzare al per non essere direttamente esposti all'infezione.

Cheng, Yang, Ding e Wang (2020) hanno condotto un'analisi considerando come modello teorico il JD-R di Bekker e Demerouti (2017) allo scopo di indagare l'impatto delle job demands e resources sulla salute mentale degli infermieri in Cina e sulla sicurezza e incolumità dei pazienti.

Dai risultati, ottenuti attraverso le risposte ad un questionario a cui hanno partecipato più di 2000 soggetti, è emerso che la salute mentale di bassa qualità è correlata negativamente con atteggiamenti volti alla cura dei pazienti. Il *job crafting*, termine coniato da Wrzesniewski e Dutton nel 2001 (citato da Cheng et al., 2020), indica “*cambiamenti di tipo fisico e cognitivo che i soggetti attuano all'interno dei propri ruoli, compiti e relazioni*” (p. 564) allo scopo di individuare risorse sociali o strutturali che possano incrementare le job resources a disposizione per poter affrontare eventuali eventi sfidanti o per evitare ostacoli e criticità, e appare correlata negativamente con una scarsa salute mentale ma, al contrario, positivamente con atteggiamenti mirati alla sicurezza dei pazienti. L'associazione tra insonnia e salute mentale è mediata positivamente dal burnout, a dimostrazione del fatto che insonnia e burnout, a loro volta, prevedono la salute mentale di un soggetto. Invece, il work engagement media la relazione tra l'ambiente di lavoro degli infermieri e la loro volontà ad applicarsi nel mantenimento dell'incolumità dei pazienti stessi. Analogamente il job crafting è associato positivamente sia con il work engagement sia con un miglioramento dell'ambiente professionale di lavoro.

Le job resources, per concludere, rappresentano l'antecedente del senso di work engagement degli infermieri, predicendo anche la loro performance lavorativa. Di conseguenza, un ambiente lavorativo favorevole è associato positivamente con una elevata percezione di work engagement.

La seguente figura riassume l'applicazione del modello delle JD-R alle ipotesi dello studio:

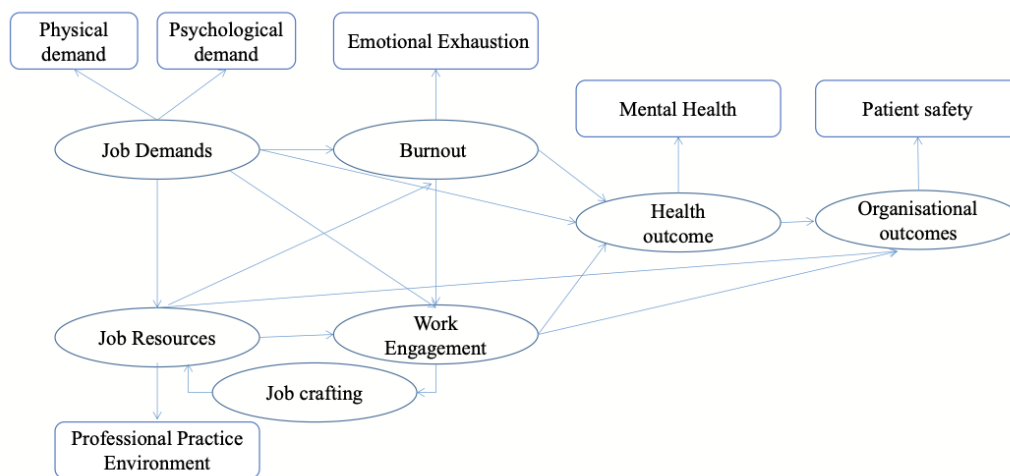


Figura 5. Cheng, Yang, Ding e Wang, 2020, p. 655.

Ferreira e Gomes (2021), invece, hanno approfondito il ruolo della resilienza nella riduzione della percezione di burnout tra gli operatori sanitari. Lo scopo stesso dello studio è misurare l'influenza dalla *resilienza* sulle tre dimensioni del burnout, vale a dire l'esaurimento emotivo (*emotional exhaustion*), la depersonalizzazione (*depersonalization*) e la realizzazione personale (*personal accomplishment*) tra gli HCWs esposti direttamente all'infezione da coronavirus.

Le risorse personali rappresentano quanto le persone si sentono capaci di controllare l'ambiente e il contesto circostante, permettendo di superare le resistenze derivanti da consistenti ed elevate job demands e riducendo quindi il conseguente stress e stato di tensione, come ad esempio il burnout. In questo modo, le risorse personali fungono da filtro tra elevate job demands e conseguenze dannose per la salute. In questo si inserisce anche la *resilienza*, definita da Campbell-Sills e Stein (2007) come “*un processo di adattamento contro avversità, traumi, tragedie, minacce o stress*” (citato da Ferreira et al., 2021, p. 4). La resilienza, appunto, consente di ridurre i sintomi tipici del burnout, come il senso generale di spossatezza, l'incapacità di trattare e sopportare stati emotivi di altri, mantenere un certo grado di assertività e passività in determinate relazioni. Dall'altro lato, però, permette di rafforzare la realizzazione personale reagendo positivamente alle job demands.

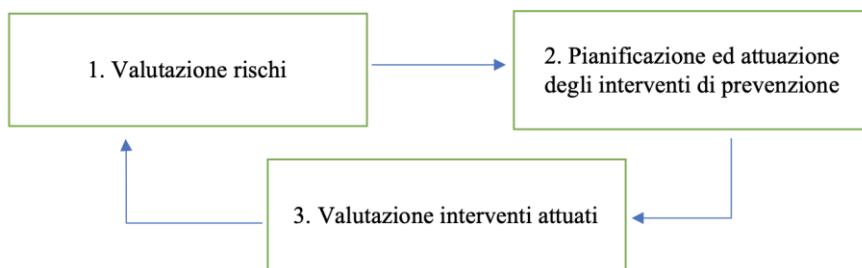
I risultati dimostrano, infine, che la resilienza influenza negativamente il burnout, sia nella dimensione della depersonalizzazione che dell'esaurimento emotivo, ossia maggiori sono i livelli di resilienza, minore è il rischio di percezione ed esperienza di questi due stati emotivi. Necessariamente, invece, elevati livelli di resilienza sono associati ad un maggiore senso di realizzazione personale. Si considera, quindi, che la resilienza funga da inibitore del burnout, soprattutto in situazioni molto stressanti, favorendo un generale benessere psicofisico. In particolare, i dottori appaiono più resilienti degli infermieri a livello professionale ma si tratta di un fenomeno definibile in termini di contesto e ruolo. Gli infermieri, infatti, risultano esposti in maniera più diretta e persistente alle sofferenze dei pazienti rispetto ai dottori.

CAPITOLO 3

ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E AMBITI DI INTERVENTO

1. INTERVENTI DI PREVENZIONE DELLO STRESS LAVORO-CORRELATO

Il cosiddetto “ciclo di controllo” dello stress, che si compone di una serie di step che vanno reiterati nel tempo all’interno della singola organizzazione in modo da controllare periodicamente la salute psicofisica dei dipendenti – anche in linea con quanto previsto dall’Art. 28 del D.Lgs 81/08 – consente di verificare i rischi psicosociali che potrebbero influenzare i soggetti, ovvero che potrebbero essere per loro un danno, così da poter valutare il tipo di precauzioni necessarie per prevenirlo.



Nel dettaglio, gli interventi di prevenzione menzionati consentono di promuovere il benessere sia fisico sia psicologico nel contesto professionale e si dividono rispettivamente in:

1. interventi di prevenzione primaria;
2. interventi di prevenzione secondaria;
3. interventi di prevenzione terziaria.

1.1 PREVENZIONE PRIMARIA

La prevenzione primaria comprendere un insieme di azioni atte ad agire alla fonte dello stress lavoro-correlato, ossia consiste in una sorta di approccio preventivo. Gli interventi attuati puntano a ridurre o rimuovere lo stressor alla fonte, modificando alcuni aspetti o elementi nel modo in cui il lavoro è organizzato.

L’esatta posizione in cui si inseriscono questo tipo di interventi all’interno del processo che porta allo stress è raffigurata nella *Figura 1*.

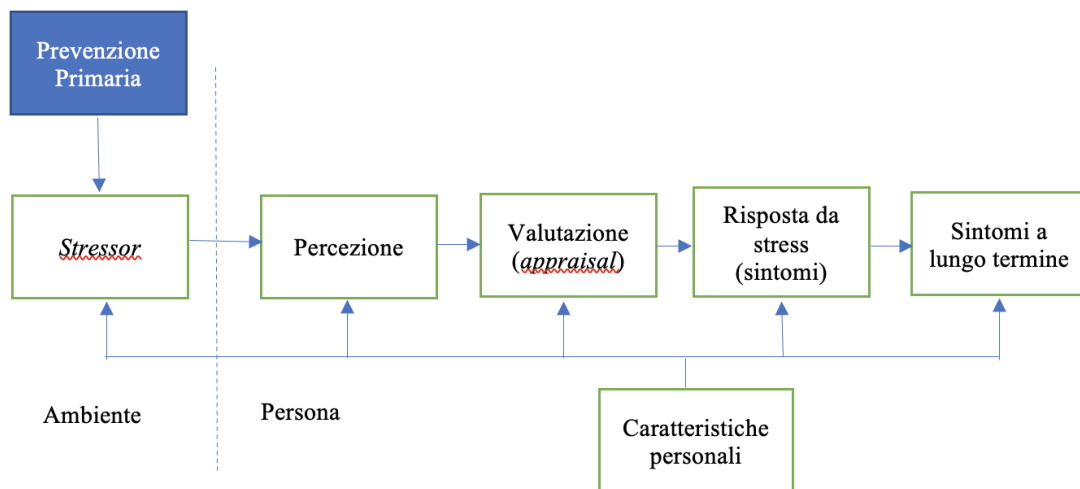


Figura 1. Balducci, 2015, p. 50.

In sostanza, per prevenire lo stress, gli interventi vanno pianificati affinché vengano svolti con cadenza costante e non una tantum, altrimenti verrebbe meno la loro funzione di riduzione ed evitamento del distress per ottimizzare la performance professionale. È possibile aggiungere che molti interventi di questo tipo possono avere effetti ad ampio spettro, ovvero difendendo il soggetto anche da altri fattori di rischio.

Come riporta Balducci (2015), tra i principali interventi di prevenzione primaria di carattere generale, se ne riportano di seguito alcuni:

- *sviluppo di una policy organizzativa*, che favorisce una cultura condivisa della salute e sicurezza lavorativa;
- *potenziamento della leadership*;
- *gestione del tempo (o time management)*;
- *ridefinizione dei compiti o job design*, che può influenzare ritmi e carichi di lavoro, pianificazione delle attività e autonomia;
- *possibilità e sviluppo di carriera*
- *incoraggiamento alla conciliazione (o work-life balance)*, che permette di ridurre il conflitto tra vita privata e professionale;
- *gestione diversità*, che migliora le relazioni e il supporto interpersonale;
- *ruoli ben definiti*
- *assegnazione di obiettivi chiari e ben definiti (goal setting)*

- *miglioramento e potenziamento del supporto sociale* da parte del superiore o dei supervisor e grazie alle relazioni interpersonali

In merito al periodo post pandemico, non sono stati ancora analizzati e studiati tutti gli esempi di interventi di prevenzione primaria riportati, di conseguenza gli studi che verranno approfonditi di seguito si concentrano in particolare su alcuni di essi.

Chunta (2020), ad esempio, ha descritto come infermieri e relativi responsabili possono ricorrere ad un particolare modello caratterizzato da quattro step, introdotto dall'*Institute for Healthcare Improvement* (IHI), per favorire la soddisfazione verso il proprio ruolo e il contesto lavorativo e un'adeguata work-life balance che, come anticipato più volte in precedenza, possono portare alla non manifestazione di sintomi correlati al burnout. Il modello si compone di nove fattori che possono impattare sulla gioia/soddisfazione, ovvero: sicurezza psicologica e fisica, scopi chiari, capacità di scelta e autonomia, teamwork, benessere e resilienza, management partecipe e coinvolgente, misurazioni in tempo reale, riconoscimenti e premi, miglioramento continuo e quotidiano. I quattro step i leader/responsabili dello staff infermieristico possono seguire per mantenere alto il livello di soddisfazione sono rispettivamente: 1. chiedere al proprio staff "cosa conta per te?"; 2. Individuare ciò che impedisce la gioia e la soddisfazione nel proprio lavoro; 3. Applicare delle azioni volte al cambiamento e all'eliminazioni di questi ostacoli; 4. Utilizzare strategie concrete basate sull'evidenza per misurare gli outcomes. Chunta (2020) ponendo il focus, in particolare, su come modificare o eliminare gli stressors alla fonte, approfondisce le seguenti aree: programmare il tempo passivo e/o di inattività lavorativa, definire i confini professionali, applicazione di strategie di time management, porre come priorità la cura per se stessi. Attraverso un approfondimento della letteratura, Chunta sostiene che il tempo passivo, ovvero tutto quel tempo che resta al di fuori dell'orario di lavoro, vada programmato in anticipo in modo che le attività lavorative non possano sostituire il tempo personale a disposizione. Questo permette al soggetto di mantenere un certo controllo sul proprio tempo, un aspetto fondamentale per il mantenimento di un adeguato equilibrio vita privata e professionale (o work-life balance). Inoltre, una gestione del tempo poco efficace comporta necessariamente inefficienza e bassa qualità nelle proprie attività lavorative, causando una diminuzione della soddisfazione per il proprio lavoro. Una tecnica di time management potrebbe essere la redazione di un resoconto al fine di documentare tutte le attività svolte o da svolgere

nell'arco della giornata, in modo da monitorare come viene sfruttato il tempo a disposizione e, eventualmente, migliorare la gestione stessa delle proprie attività.

Per quanto riguarda, infine, la cura verso la propria persona, questa permette di potenziare la work-life balance e la soddisfazione per il proprio lavoro. In genere, come riportano molteplici studi, gli infermieri tendono a dormire meno o poco rispetto alla media, ad essere in sovrappeso e ad esperire elevati livelli di stress. Tra le principali strategie di cura personale, quindi, riportate da Chunta (2020) vi sono: mantenere una certa attività fisica, rispettare buone abitudini alimentare, dormire a sufficienza ed avere alcuni momenti di pausa e relax nell'arco della giornata (ad esempio, attraverso meditazione, preghiera, lettura, musicoterapia, yoga, attività di mindfulness, ...).

Il seguente studio di Rubbab, Farid, Iqbal, Saeed, Irfan e Akhtar (2021), invece, si pone come obiettivo l'analisi dell'impatto di una leadership positiva e di supporto sul benessere fisico, sociale e psicologico dei dipendenti dei contesti sanitari durante la pandemia. Nello specifico, è stato esaminato il ruolo del capitale sociale come mediatore nella relazione tra una leadership di supporto, di sostegno (*supportive leadership*) e il benessere degli operatori sanitari a livello psicologico, fisico e sociale. Il benessere degli infermieri è da ritenersi fondamentale per il mantenimento di una buona capacità nel prendersi cura dei pazienti affetti da coronavirus. Tra i fattori organizzativi considerati su cui deve agire questo tipo di leadership vi sono, ad esempio, il supporto percepito da parte dell'altro, il clima sul posto di lavoro, il supporto ricevuto da parte del supervisor o del responsabile, i quali potrebbero contribuire positivamente al benessere degli operatori sanitari. Come anticipato implicitamente è presente una relazione positiva tra leadership d'aiuto e benessere percepito dal personale infermieristico. Shin et al. (citato da Rubbab et al., 2021) aveva dimostrato attraverso alcuni studi che quando un operatore avverte atteggiamenti di supporto nei suoi confronti da parte del proprio leader, si sente a sua volta motivato ad applicare analoghi atteggiamenti d'aiuto verso l'altro nel proprio posto di lavoro. Le ipotesi analizzate a riguardo sono quindi:

- *H1*: una leadership di supporto (*supportive leadership*) durante il Covid è correlata positivamente con il benessere fisico degli infermieri;
- *H2*: una leadership di supporto (*supportive leadership*) durante il Covid è correlata positivamente con il benessere sociale degli infermieri;

- *H3*: una leadership di supporto (*supportive leadership*) durante il Covid è correlata positivamente con il benessere psicologico degli infermieri.

Il capitale sociale è definito da Luthans et al. (citato da Rubbab et al. 2021) come uno stato psicologico che consiste di quattro diverse dimensioni, ovvero speranza, self-efficacy, resilienza e ottimismo, che rappresentano, inoltre, delle risorse personali di ciascun soggetto. Li et al. nel 2018 (citato da Rubbab et al. 2021), a tal proposito, affermavano che quando un leader si dimostra disponibile e di supporto nei confronti del proprio staff infermieristico attraverso una buona capacità di ascolto, simpatizzando e mostrando interesse verso le loro necessità e sfide, necessariamente gli infermieri stessi dimostreranno ottimismo nei confronti del proprio futuro, speranza, sicurezza, fiducia in se stessi e resilienza. Quindi, quando le risorse di tipo professionale (*job resources*) e quelle personali (*personal resources*) interagiscono e si completano vicendevolmente, gli HCWs riescono a mantenere e migliorare il proprio benessere generale. In questo modo, gli infermieri che dispongono di un capitale sociale elevato dovrebbe riuscire a superare e rispondere alle elevate richieste provenienti dal contesto lavorativo derivate dalla diffusione della pandemia, investendo le proprie energie ma mantenendo invariato il proprio il livello di benessere generale. Riguardo a ciò, le ultime ipotesi indagate da Rubbard et al., pertanto, sono:

- *H4*: il capitale sociale media la relazione tra supportive leadership e benessere fisico degli infermieri;
- *H5*: il capitale sociale media la relazione tra supportive leadership e benessere sociale degli infermieri;
- *H6*: il capitale sociale media la relazione tra supportive leadership e benessere psicologico degli infermieri;

La seguente *Figura 2* riporta le ipotesi dello studio riassunte a livello grafico:

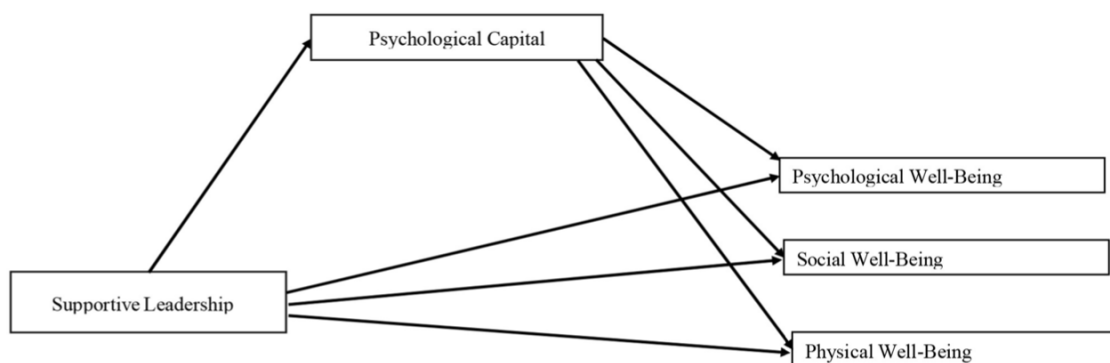


Figura 2. Rubbab, Farid, Iqbal, Saeed, Irfan e Akhtar, 2021, p. 4.

Dai risultati emerge che, tutte le ipotesi sono confermate. Innanzitutto, è dimostrato che è presente una relazione positiva e significativa tra *supportive leadership* e benessere psicologico negli infermieri, il quale viene mantenuto e rafforzato da atteggiamenti d'aiuto, di disponibilità e di empatia da parte del supervisor. Inoltre, è dimostrato anche che questa tipologia di leadership sostiene ed incrementa il benessere fisico, ad esempio attraverso comportamenti di apprezzamento, incoraggiamento e di risposta a particolari bisogni dimostrati dal proprio staff, che permette di prevenire distress, burnout ed eventuali altri problemi di carattere psicosomatico, intensificando il benessere percepito. Analogamente, una simile leadership che comprende e soppesa ciò che preoccupa gli HCWs e che mantiene i lavoratori informati su eventuali ed imminenti nuove problematiche di carattere lavorativo, consente di rafforzare il benessere sociale. Sentimenti positivi manifestati dal leader permettono lo sviluppo del capitale sociale tra il proprio personale, incrementando di conseguenza anche il generale benessere percepito. In sostanza, il capitale sociale negli infermieri rappresenta un mediatore nella relazione tra *supportive leadership* e benessere.

1.2 PREVENZIONE SECONDARIA

Gli interventi di prevenzione secondaria (o di stress management) puntano ad arricchire la consapevolezza delle cause e delle conseguenze dello stress e ad informare i dipendenti sulle strategie di coping da utilizzare per ristabilire o mantenere un adeguato livello di attivazione psicofisiologica e per gestire al meglio il proprio lavoro.

Il focus di questi interventi si pone sulla persona, ovvero sul singolo soggetto, che può anche applicarli autonomamente anche in assenza di reali sintomi da stress nel presente ma per prepararsi nel miglior modo possibile ad affrontare e gestione eventuali eventi stressanti futuri. Questi interventi dovrebbero, in genere, inglobare anche interventi di tipo primario, in particolare nelle professioni più stressanti per loro natura, come dipendenti di contesti sanitari, forze dell'ordine ecc., in cui ci si interfaccia quotidianamente con situazioni ad alto livello di stress, che va fronteggiato per mantenere un equilibrio sia nelle condizioni di salute personale sia una buona performance. Vale a

dire che hanno come unico obiettivo eliminare o ridurre lo stress lavoro-correlato sviluppando capacità personali attraverso una formazione mirata (Balducci, 2015).

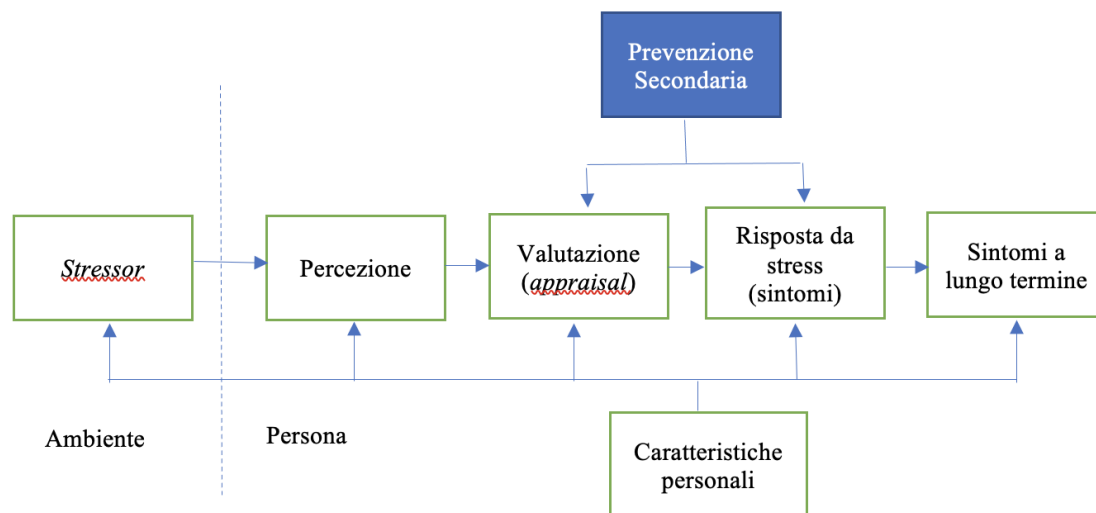


Figura 3. Balducci, 2015, p. 86.

Uno studio che ha indagato, a tal proposito, eventuali interventi di prevenzione secondaria è stato condotto da Shi, Xu, Xia, Chen e Wang (2022), i quali si sono posti come obiettivo l'approfondimento della mediazione esercitata da supporto sociale e resilienza nella riduzione e fronteggiamento di sintomi relativi a stress, ansia e depressione comuni tra gli operatori di contesti sanitari e derivanti dall'esposizione diretta alla pandemia.

Considerato l'impatto che può esercitare lo stress lavorativo e le sue conseguenze negative, è fondamentale analizzare il processo e i mediatori che trasformano lo stress lavoro-correlato in ansia e depressione. Pertanto, la prima ipotesi (H1) è: *"lo stress lavoro-Covid-19 è correlato positivamente con ansia e depressione tra gli operatori sanitari in prima linea"* (Shi et al., 2022, p. 2).

Secondo Lin et al. e Hofman et al. (citati da Shi et al., 2022) il supporto sociale rappresenta la possibilità per un soggetto di attraversare gli ostacoli sociali ed entrare in contatto con altre persone, gruppi e con la comunità in generale. È un processo di interazione sociale caratterizzato da reciprocità, altruismo, empatia, senso morale e del dovere. Il supporto sociale risulta essere, pertanto, una delle maggiori strategie di coping applicate dai soggetti per contrastare lo stress e ridurre eventuali effetti negativi derivanti

da tali situazioni. Di conseguenza, protegge il soggetto da problematiche di tipo psicologico ed è un fattore di protezione fondamentale per la salute mentale, favorendo una certa capacità di adattamento a livello sociale. L'ipotesi 2 (H2), coerentemente con quanto descritto, indaga se *“il supporto sociale media la relazione tra stress lavoro-Covid-19 correlato e i sintomi di ansia e depressione tra gli operatori sanitari in prima linea”* (Shi et al., 2022, p. 3).

La resilienza, invece, è una qualità personale che permette ai soggetti di riprendersi e realizzarsi a seguito di eventi stressanti o traumatici e si riferisce ad un particolare processo di adattamento in caso di avversità, tragedie, traumi, minacce o particolari stressors provenienti dall'esterno. Tugade et al. (citato da Shi et al., 2022) sosteneva che la resilienza è stato da sempre considerata e riconosciuta come un fattore personale che favorisce sentimenti ed emozioni positive al fine di contrastare e governare eventi e situazioni stressanti. L'ipotesi 3 (H3) è, quindi: *“la resilienza media la relazione tra stress lavoro-Covid-19 correlato e sintomi di ansia e depressione tra gli operatori sanitari in prima linea”* (Shi et al., 2022, p. 3). Infine, la quarta e ultima ipotesi (H4) proposta è: *“lo stress lavoro-Covid-19 correlato influenza l'ansia e la depressione tra gli operatori sanitari in prima linea attraverso gli effetti derivanti dalla mediazione del supporto sociale e della resilienza”* (Shi et al., 2022, p. 3).

Si riporta di seguito (*Figura 4*) un grafico riepilogativo delle quattro ipotesi avanzate nello studio:

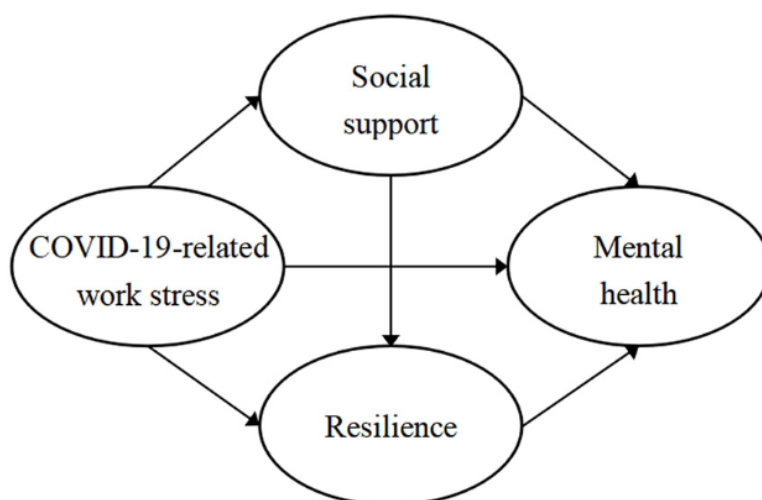


Figura 4. Shi, Xu, Xia, Chen e Wang, 2022, p. 4.

L'analisi si basa su un totale di 840 dipendenti sanitari in prima linea, in Cina.

Dai risultati emerge che, come da ipotesi, tutte le relazioni sono significative: lo stress lavoro-Covid-19 correlato esercita un effetto positivo significativo sia sull'ansia sia sulla depressione; il supporto sociale e la resilienza mediano la relazione tra stress lavoro-Covid-19 correlato e i sintomi di ansia e depressione. Inoltre, anche l'associazione tra stress lavorativo e sintomi derivanti da stati d'ansia e depressione è mediata da supporto sociale e resilienza. Pertanto, supporto sociale e resilienza hanno, in ogni caso, si associano negativamente sia con ansia sia depressione e il supporto sociale può, talvolta, predire la manifestazione di conseguenti atteggiamenti di resilienza.

In merito a quanto emerso, è evidente che potenziali interventi futuri devono focalizzarsi sull'impatto che particolari condizioni lavorative possono avere sugli HCWs e devono fornire benefici, sicurezza, servizi volti al mantenimento di un certo benessere mentale. In generale, i lavoratori che dispongono elevati livelli di supporto sociale dovrebbe adottare più facilmente azioni di coping positive, che permettono di ridurre sintomi di stress, ansia o depressione. Pertanto, le istituzioni sanitarie dovrebbero favorire la costituzione di un ambiente lavorativo di supporto e sostegno (ad esempio, utilizzando piattaforme per favori il network tra i dipendenti, limitando i turni notturni, implementando determinate zone dedicate al riposo e allo svago personale e fornendo informazioni ed istruzioni dettagliate su quanto sta accadendo a causa della pandemia in modo che tutti sappiano come poter reagire).

Un ulteriore studio finalizzato ad approfondire alcuni possibili interventi per favorire la prevenzione di tipo secondario è stato svolto da Wang, Xu, Liang e Li (2021), i quali si sono posti come obiettivo principale l'esplorazione della mediazione e moderazione esercitata dalla cosiddetta "*micro-break activity*" e dal distacco psicologico (*psychological detachment*) sulla relazione tra stress lavoro correlato e coinvolgimento lavorativo (*work engagement*) negli infermieri di diversi contesti sanitari del territorio cinese.

In letteratura si tende a studiare il recupero delle energie in contesti esterni a quello lavorativo, non considerando il beneficio di organizzare l'attività lavorativo attraverso delle micro-pause (*micro-break activity*). Se paragonati, emerge che le *micro-break activity* sono più immediate nel consentire ad un soggetto un buon recupero energetico.

Kühnel et al. (2017) affermano, infatti, che questo tipo di gestione favorisce il coinvolgimento lavorativo riducendo il rischio di distrazione (citato da Wang et al., 2021). Pertanto, è evidente che anche lo stesso personale infermieristico necessita di prendersi delle micro-pause durante la giornata lavorativa, soprattutto in un periodo e contesto stressante come quello derivante dalla diffusione del coronavirus. Le attività caratterizzate da micro-pause (*micro-break activities*), come affermato da Kim et al. (2017), rappresentano delle brevi ed informali attività di pausa, di riposo, che i dipendenti si possono prendere volontariamente e spontaneamente tra i vari compiti ed impegni lavorativi giornalieri e, in genere, durano non più di 10 minuti (citato da Wang et al., 2021). Si possono dividere in quattro diversi gruppi, ovvero attività di rilassamento (*relaxation*), di nutrizione (*nutrition-intake*), di carattere sociale (*social*) e, infine, di tipo cognitivo (*cognitive*).

Wang et al. sostengono, quindi, che la micro-break activity permette agli infermieri di applicare un maggiore distacco psicologico rispetto alla situazione che vivono in prima persona. Secondo tale prospettiva, sia la micro-break activity sia il distacco psicologico (*psychological detachment*) permettono agli infermieri, da un lato, di separarsi temporaneamente dagli stressors percepiti annessi e provenienti dall'ambiente di lavoro e, dall'altro, di recuperare le job resources promuovendo proprio il coinvolgimento lavorativo (*work engagement*).

Riassumendo, quindi, lo studio in oggetto indaga come la micro-break activity e il distacco psicologico possono attenuare l'impatto negativo che lo stress lavoro correlato causa sul coinvolgimento lavorativo e, inoltre, come l'azione della micro-break activity venga moderata dal distacco psicologico grazie ad una associazione positiva tra le due. Si riporta di seguito un grafico di riepilogo di quanto ipotizzato (*Figura 5*):

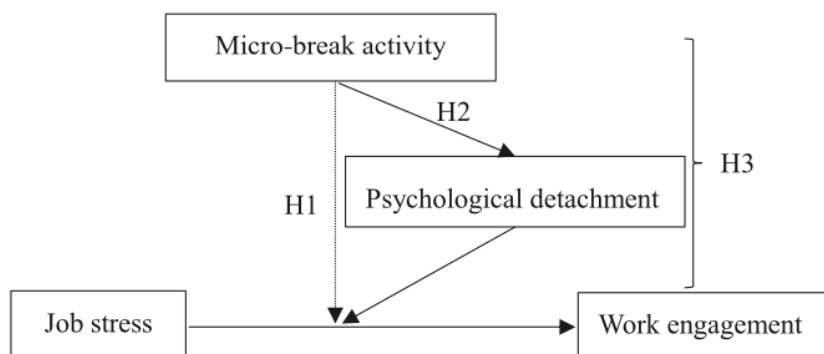


Figura 5. Wang, Xu, Liang, e Li, 2021, p. 2.

Nel dettaglio, gli studiosi si sono posti in totale tre ipotesi:

- H1: “*la micro-break activity nel lavoro modera la relazione tra lo stress lavoro correlato e il coinvolgimento lavorativo. Nello specifico, più gli infermieri sfruttano in misura elevata la gestione attraverso la micro-break activity, più lo stress lavoro-correlato sarà negativamente e debolmente correlato con il coinvolgimento lavorativo*” (Wang et al., 2021, p. 3);
- H2: “*la micro-break activity nel lavoro è associata positivamente con il distacco psicologico*” (Wang et al., 2021, p. 3);
- H3: “*il distacco psicologico media l’effetto moderatore dalla micro-break activity sull’associazione tra lo stress lavoro-correlato e il coinvolgimento lavorativo*” (Wang et al., 2021, p. 4). Vale a dire che il distacco psicologico potrebbe permettere agli infermieri di evitare gli stressors e ridurre il loro eventuale effetto negativo sul coinvolgimento lavorativo.

Dai dati raccolti dal questionario somministrato a più di 300 infermieri, è emerso che l’effetto negativo dello stress lavorativo sul work engagement scompare nel momento in cui il personale infermieristico applica in larga scala la gestione delle attività sulla base di micro-pause (*micro-break activity*). Inoltre, la moderazione attuata da quest’ultima è mediata dal distacco psicologico (*psychological detachment*) esperito. In sostanza, la prima e la seconda ipotesi sono da considerarsi confermate, mentre la terza solo in parte. Per concludere, la *micro-break activity* e il distacco psicologico assumono un ruolo determinate nei singoli soggetti nel tentativo di fronteggiare lo stress proveniente dal proprio ambiente di lavoro. È essenziale considerare, per il futuro, secondo Wang et al. (2021) una gestione dei compiti basata su un sistema di priorità e/o per obiettivi chiari e ben definiti (*goal setting*), al fine di permettere agli operatori dei contesti sanitari di mantenere un certo distacco psicologico nonostante l’elevata pressione percepita a causa della pandemia.

1.3 PREVENZIONE TERZIARIA

Gli interventi di prevenzione terziaria agiscono direttamente sui problemi di stress una volta che questi si manifestano comportando effetti molto negativi per la persona, ovvero tendono a ridurre l’impatto che lo stress lavoro-correlato ha sulla salute dei dipendenti

offrendo supporto alle problematiche causate da rischi psicosociali (ad esempio, programmi di supporto volti ai dipendenti o simili). Queste azioni riguardano una prima gestione della problematica, di lieve o moderata intensità, e, spesso, assumono la forma di attività di consulenza, coaching, counseling, o altre forme simili di trattamenti di tipo medico (Balducci, 2015).

La *Figura 6* riporta dove si posizionano gli interventi preventivi terziari:

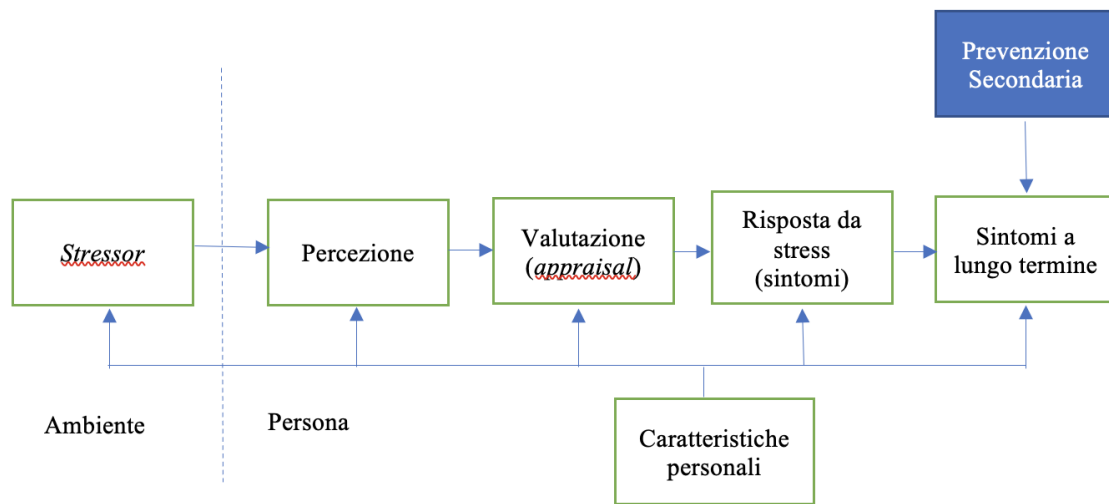


Figura 6. Balducci, 2015, p. 126.

Callus, Bassola, Fiolo, Bertoldo, Pagliuca e Lusignani (2020), attraverso la revisione di molteplici studi, hanno tentato di identificare le principali e più efficienti tecniche per la riduzione dello stress tra gli operatori sanitari applicate durante l'attuale e le passate infezioni da coronavirus (ad esempio, SARS, MERS e Covid-19), allo scopo di fornire delle precise raccomandazioni o di suggerire possibili ambiti di intervento o policy organizzative per contenere e diminuire i livelli di stress nella sanità durante la pandemia da Covid-19. Blake et al. (2020) descrivono una serie di interventi attraverso la metodologia organizzativa dell'Agile (citato da Callus et al., 2020). Il complesso di azioni che il leader o il manager può intraprendere dovrebbe considerare spazi e ambienti psicologicamente sicuri per i dipendenti, fornire indicazioni su come poter ridurre lo stigma sociale percepito e il conseguente stress, stimolare il confronto tra pari, incrementare il supporto anche nella sfera familiare, potenziare le strategie volte alla cura della propria persona per mantenere comportamenti e stili di vita sani ed equilibrati.

Sultana et al. (2020) nelle loro analisi sostengono che è fondamentale fornire al personale informazioni corrette ed adeguate in merito ai rischi derivanti dallo stress lavoro-correlato percepito. La consapevolezza e la conoscenza sono in grado di ridurre lo stigma favorendo lo sviluppo della resilienza e prevenendo il burnout. Sempre secondo Sultana et al. (2020), per quanto concerne gli interventi volti alla cura personale, disporre di uno status mentale positivo favorisce la prevenzione della percezione di stress lavoro-correlato e burnout, pertanto dovrebbero essere sponsorizzati maggiormente tra gli operatori sanitari (citato da Callus et al., 2020). Inoltre, questo tipo di interventi aumentano tanto la resilienza in situazioni stressanti quanto la qualità relativa al proprio ruolo professionale e la compassione e amore per se stessi. Di conseguenza, appare evidente che tipologie di interventi basati su aspetti basati sul concetto di mindfulness sono fondamentali in contesto ad alto tasso di stress. Si tratta di attività che possono essere svolte sia dal singolo sia in gruppo in qualsiasi contesto possibile e con una certa rapidità. Anche sponsorizzare servizi volti a promuovere la salute mentale può risultare complesso in un contesto dinamico simile a quanto creato dalla pandemia. I suggerimenti e i possibili interventi possono includere attività di team building o la divisione in team multidisciplinari gestiti da esperti di sanità mentale, i quali possono attivare particolari servizi o utilizzare particolari risorse. L'inserimento di figure come il coach o il counselor diventa una chiave determinante per far sì che lo staff si senta ascoltato e compreso in caso di difficoltà e in modo che possa fornire loro un supporto diretto e ad hoc. Anche l'utilizzo di mezzi digitali appare come uno strumento per mettere a disposizione strumenti volti al mantenimento del benessere personale. Infatti, secondo Moazzami et al. (2020) l'utilizzo di cartelle cliniche digitali o l'implementazione della telemedicina può ridurre i carichi di lavoro assegnati e percepiti (citato da Callus et al., 2020). Infine, Callus et al. (2020) reputano fondamentale applicare dei cambiamenti a livello di ambiente di lavoro che possano influenzare la cultura aziendale stessa, ad esempio potenziando la gestione del flusso di lavoro, introdurre servizi che possano ridurre i carichi, promuovere la collaborazione reciproca, favorire lo scambio di opinioni, fornire un adeguato periodo di riposo ed, per ultimo, organizzare corsi o webinar finalizzati ad informare e rendere consapevoli gli HCWs sulle principali strategie di coping da adottare per far fronte a periodi altamente complessi come quello attuale.

Per concludere, questa analisi stima l'efficacia delle tecniche di tipo organizzative volte alla riduzione dello stress lavoro correlato e a disposizione degli operatori sanitari che hanno a che fare con pazienti contagiosi ed affetti dal coronavirus.

Gli interventi di prevenzione terziaria possono prevedere, come anticipato, anche interventi di tipo clinico-psicologico o veri e propri programmi di supporto per i dipendenti (*Employee Assistance Programs* o *EAPs*). Janeway (2020) ha analizzato la letteratura dell'epoca Covid per indagare programmi o interventi di questo tipo. La complessità che è venuta a crearsi proprio a causa della diffusione del virus ha causato la necessità crescente di introdurre servizi per il mantenimento della salute mentale non solo per gli operatori sanitari già affetti da burnout ma anche per tutti gli altri a rischio a causa degli elevati livelli di stress lavoro-correlato percepiti. Professionisti della salute mentale e psichiatri hanno l'incarico di realizzare ed attuare programmi di questo tipo, che tendenzialmente si svolgono attraverso meeting interdipartimentali con cadenza settimanale o mensile al fine di fornire loro supporto, orientamento ed assistenza per far fronte ad una situazione così complessa e ad alto rischio. Spesso all'interno dei gruppi è presente un professionista della salute mentale che si comporta alla pari di qualsiasi altro membro del team, che rappresenta un punto di riferimento per permettere loro di esprimere paure, timori, ansie, dolori, sentimenti negativi di vario genere, favorendo di conseguenza la riduzione dello stigma percepito e incoraggiando anche i più restii a cercare aiuto in caso di necessità e/o malessere. Janeway (2020) riporta, inoltre, interventi alternativi per ridurre sentimenti e stati negativi conseguenti all'esposizione diretta all'infezione, come ad esempio introdurre un *journal club* che si basa sulla lettura di quotidiani e riviste per promuovere condivisione e discussioni di casi o situazioni complesse. Si tratta di un'occasione per passare del tempo con i propri colleghi o con quelli appartenenti a dipartimenti differenti e di poter esprimere i propri sentimenti e stati emotivi attraverso l'approfondimento e la discussione di aspetti legati alla letteratura, musica, arte e simili.

Programmi mirati alla gestione dello stress (*stress management programs*), gestiti e condotti da professionisti, contano una o più sessioni e hanno come focus cardinale la formazione e l'insegnamento di attività basate sul concetto di mindfulness per la riduzione dello stress percepito, capacità comportamentali e cognitive specifiche, cura personale, yoga, Tai Chi o altre forme volte all'ottenimento di una condizione di

benessere. Fessel e Chernis (2021) sostengono che l'efficacia di questo sistema dipende dall'uso di micro pratiche, le quali possono consistere in esercizi e tecniche specifiche volte alla mindfulness. Sono presenti anche numerose App che facilitano il rilassamento psico-fisico e l'apprensione di tecniche per la gestione dello stress. Simili App e programmi offrono diverse combinazioni e approcci, ad esempio:

- ristrutturazione cognitiva;
- sviluppo di capacità per il rilassamento e la gestione dello stress;
- sessioni di meditazione basate sul concetto di mindfulness, yoga e forme di meditazione analoghe;
- brainstorming e confronto mirato alla modifica di una complessa situazione caratterizzata da rapidi cambiamenti e elevati carichi di lavoro;
- laboratori di scrittura;
- musico-terapia e/o arte-terapia;
- sviluppo di abilità comunicative.

Un'ultima opera analizzata da parte di Vajpeyee, Tiwari, Jain, Modi, Bhandari, Monga, Yadav, Bhardwaj, Shroti, Singh e Vajpeyee (2022) studia più dettagliatamente l'impatto di interventi di Yoga e Musica su stress, ansia e depressione sugli operatori sanitari durante la diffusione della pandemia da Covid-19. Sono state valutate e misurate le risposte di 240 operatori.

Lo *yoga* è stato definito da Birdee et al. (2008) come una molteplicità di attività, di tipo posturale, di respirazione, di meditazione, di modifiche comportamentali e di credenze spirituali. È utilizzata come tecnica per raggiungere uno status di rilassamento in diversi Paesi e da qualche anno è diventata anche una vera e propria terapia applicata in ambito sanitario (citato da Vajpeyee et al., 2022). Invece, l'atto di ascoltare musica permette di ridurre lo stress e raggiungere una condizione di calma e serenità interiore (Bradt & Dileo, 2014; Leubner & Hinterberger, 2017). La musica può essere utilizzata letteralmente come "*medicina*" individuale e gestita direttamente dal singolo oppure come terapia somministrata da musico terapisti esperti, costituita quindi da un preciso processo e flusso terapeutico. Questo tipo di operazioni consistono in attività di composizione musicale o di suono attivo, di scrittura di canzoni o di interazione con composizioni musicali già esistenti (citato da Vajpeyee et al., 2022). I risultati finali provano e confermano le ipotesi inizialmente, tali per cui l'arte dello yoga e l'azione della musica promuovono e

favoriscono uno stato generale di benessere negli operatori sanitari in prima linea nella lotta contro il Covid-19, riducendo stati d'ansia, di depressione e di stress lavoro correlato. I soggetti che praticano regolarmente sessioni di yoga e si sottopongono a numerose sessioni di ascolto di brani musicali sembrano vivere una vita di più elevata qualità e minore stress.

CONCLUSIONI

Con il progressivo diffondersi della pandemia, il Sistema Sanitario Nazionale italiano si è ritrovato a gestire una situazione senza precedenti. Il personale sanitario è sceso in campo, per primo, entrando a diretto contatto con una condizione del tutto nuova e sconosciuta da un punto di vista meramente scientifico, che li ha posti di fronte al rischio di contagio, a sintomi molto gravi e alla necessità di fornire aiuto a soggetti affetti da grande sofferenza, interiorizzando a loro volta il carico emotivo derivante da tale attività. Durante il periodo di lockdown imposto dal Governo, che obbligava la popolazione a rispettare una serie di regolamenti restrittivi al fine di prevenire e limitare la diffusione del virus, gli operatori sanitari hanno perseverato e proseguito nelle loro attività lavorative quotidiane, aumentando le prestazioni e le performance per un periodo prolungato e in un contesto altamente impegnativo e sfidante. A causa della notevole quantità di domande/ricieste poste nei loro confronti, sono stati “costretti” ad osservare lunghi turni di lavoro, spesso con poche risorse a disposizione e all’interno di infrastrutture poco adatte, con l’obbligo di indossare specifici dispositivi di protezione individuale (PPE) che sono risultati essere motivo di disagio e di sviluppo di problematiche a livello di respirazione. Inoltre, la maggior parte del personale non era preparato a sufficienza per far fronte ad un simile evento e a fornire supporto e cure a pazienti affetti da una nuova forma di virus, di cui all’inizio si conosceva davvero poco e non vi erano trattamenti e protocolli ben definiti da osservare e seguire (Trani et al., 2021).

L’obiettivo del presente lavoro di tesi è stato quello di fornire un approfondimento teorico di come, nel contesto sanitario, si siano evoluti ed esacerbati fattori di rischio tradizionali e nel contempo creati nuovi fattori di rischio psico-sociali durante e a seguito alla diffusione del Covid-19, analizzando la letteratura nazionale ed internazionale, con il fine ultimo di fornire alcune riflessioni rispetto ai diversi livelli di prevenzione e di intervento per il contenimento di tali rischi

Diversi sono gli stressors emersi, nel contesto sanitario, dalla letteratura analizzata: il timore per la propria condizione di salute e quella altrui, il sovraccarico di lavoro, l’affaticamento psicofisico, la mancanza di supporto, la paura verso la possibilità di contagiare ed essere contagiati, competenze a disposizione carenti, l’utilizzo di nuovi metodi di cura, le poche risorse a disposizione, l’isolamento dalla sfera sociale e i lunghi turni di lavoro.

Oltre a tali fattori di rischio tipicamente correlati alle varie forme di strain psicologico e fisico all'interno del contesto organizzativo, sono stati considerati anche quei fattori più tipicamente positivi rappresentati dalle *risorse* a cui ciascun soggetto può attingere per far fronte a situazioni altamente critiche. Le risorse emerse più significative comprendono l'ottimismo, la speranza, la self-efficacy, la flessibilità, la proattività, l'entusiasmo, la coesione e il supporto sociale, i dispositivi di protezione a disposizione, lo spirito di iniziativa, la solidarietà, la collaborazione, il work engagement e, in particolare, la resilienza. In sostanza, oltre a valutare l'impatto che alcuni fattori di rischio hanno avuto sul benessere del singolo, appartenente all'ambiente lavorativo sanitario, hanno approfondito anche il ruolo di moderazione delle variabili personali, che moderano la relazione tra gli stressors e le forme di strain. Ad esempio, Cheng et al. (2020) hanno rilevato, da un lato, che il work engagement media la relazione tra ambiente di lavoro in cui sono inseriti gli infermieri e la loro volontà di fornire cure sicure ai pazienti e, dall'altro, che il job crafting, ovvero l'atto di promuovere cambiamenti attuati nel contesto in cui si è inseriti attraverso un forte spirito di iniziativa, è associato positivamente con il work engagement e con un miglioramento complessivo applicabile all'ambiente organizzativo. Ferreira e Gomes (2021), invece, hanno esaminato il ruolo della resilienza nella riduzione della percezione di stress e, nei casi più cronici, del burnout tra gli operatori sanitari. È emerso come la resilienza consenta di attenuare i sintomi tipici da essi derivanti, favorendo il mantenimento di un certo grado di assertività e rafforzando il senso di realizzazione personale grazie ad una reazione positiva ed oggettiva alle job demands.

A partire da questi dati, la letteratura ha potuto delineare nuovi ambiti di intervento il cui focus è posto sulla necessità di prevenire la diffusione della percezione di stress tra il personale sanitario. Diverse sono, infatti, le tecniche di prevenzione individuate o le risorse che possono essere introdotte e stimolate per prevenirlo. Tra queste, a livello di *prevenzione primaria*, si ricorda lo sviluppo del benessere, la leadership positiva, il lavoro in team e la presenza di un management positivo, che consentono l'attuazione di comportamenti positivi di apprezzamento, incoraggiamento e di risposta a particolari necessità, al fine di prevenire distress, burnout e altre problematiche psicologiche e fisiche. Inoltre, anche gli atteggiamenti positivi manifestati dal leader risultano di

particolare importanza, dal momento che stimolano lo sviluppo del capitale sociale, che a sua volta incrementa lo status di benessere generale (Chunta, 2020; Rubbab et al., 2021). Tra i possibili interventi di *prevenzione secondaria*, alcuni studi suggeriscono di puntare sullo sviluppo del supporto e della coesione sociale, che sprona i soggetti al confronto e alla condivisione di stati emotivi comuni con i propri colleghi, riducendo potenziali sintomi legati allo stress, all'ansia e alla depressione, ovvero status derivanti dalla prolungata esposizione alle sofferenze dei pazienti affetti da coronavirus (Shi et al., 2022). Altri, invece, consigliano di rafforzare e accrescere la resilienza, da sempre riconosciuta come un fattore personale che consente al singolo di adattarsi a situazioni e contesti avversi, traumatici e costituiti da un elevato livello di minacce o di stressors e che lo incoraggia a provare sentimenti ed emozioni positive mirati a contrastare e gestire al meglio gli eventi stressanti che gli si presentano. Essa, infatti, da quanto emerge dallo studio di Shi et al. (2022) media la relazione tra stress lavoro-correlato derivante dall'esposizione al Covid-19 nel personale sanitario e anche la percezione di sintomi di ansia e depressione.

Ulteriori ambiti di intervento individuati (*prevenzione terziaria*) richiedono il coinvolgimento di figure professionali specifiche. Tali figure, rappresentate da professionisti esterni, psicologi o gli stessi responsabili, hanno un ruolo determinante in termini di intervento e prevenzione. Essi possono attivarsi per promuovere spazi e ambienti psicologicamente sicuri per i dipendenti, fornire informazioni utili per ridurre lo stigma sociale e il conseguente stress percepito, stimolare al confronto tra pari, incrementare il supporto sociale e l'equilibrio vita privata e professionale (Callus et al., 2020); fornire indicazioni aggiornate sui rischi derivanti dallo stress lavoro-correlato (Sultana et al., 2020); promuovere interventi basati sulla mindfulness, sul team building o la divisione dei team rendendoli multidisciplinari (Callus et al., 2020); utilizzare cartelle cliniche digitali e promuovere e sensibilizzare l'uso della telemedicina (Moazzami et al., 2020); creare veri e propri programmi di supporto a disposizione del personale, come l'*Employee Assistance Programs* o EAPs (Janeway, 2020); promuovere l'utilizzo di pratiche alternative come lo Yoga, il Tai Chi, la ristrutturazione cognitiva, il ricorso a tecniche di rilassamento, lo svolgimento di sessioni di meditazione, la musico-terapia o l'arte-terapia (Vajpeyee et al., 2022).

Tuttavia, dagli studi che hanno esaminato i nuovi rischi derivanti dal Covid-19 per gli operatori sanitari con lo scopo di valutare l'impatto che essi hanno avuto sullo strain, sono emersi diversi limiti che andranno considerati in eventuali approfondimenti futuri.

Tali limitazioni si riferiscono rispettivamente: all'assenza di una misurazione approfondita di costrutti quali soddisfazione e coinvolgimento lavorativo, che rappresentano variabili in grado di creare un ambiente sano e produttivo in cui tutti i membri dello staff sanitario possono dare il proprio contributo attivamente e positivamente, e alla non applicabilità del medesimo studio ad altri contesti (Meese et al., 2021); all'assenza di misure di etero-valutazione dello stress (ad esempio da parte dei medici competenti presenti all'interno dei contesti sanitari); alla presenza di differenze culturali esistenti nella concezione generale di salute e sanità e nei sistemi sanitari, che possono differire notevolmente tra Regioni diverse ma anche tra Stati diversi (Prete et al., 2020); all'uso di misure self-report potenzialmente influenzate da bias soggettivi (come la desiderabilità sociale), al coinvolgimento di un numero relativamente esiguo di partecipanti e alla mancata dimostrazione della relazione tra job satisfaction e specifiche variabili indipendenti, quali work empowerment, work effectiveness e supervisory support (Rodríguez-Monforte et al., 2021); alla presenza di un elevato numero di partecipanti di genere femminile, che rendono i dati non generalizzabili alla popolazione maschile, per via delle differenze di genere (Rubbab et al., 2021); al fatto che numerosi studi, tra cui quello svolto da Labrague (2020), sono stati condotti durante la prima ondata della pandemia analizzando come la resilienza, le strategie di coping e il supporto sociale hanno influenzato la popolazione appartenente al contesto sanitario. Tuttavia, risulta opportuno approfondire il ruolo assunto da tali costrutti anche durante le successive ondate; infine, come sottolineato anche da Vajpeyee et al. (2022), al ricorso frequente di studi o survey "*cross-sectional*", che non permettono di stabilire un nesso tra la causa iniziale e l'effetto successivo.

BIBLIOGRAFIA

- Ahmad, M., Floris, M., Leone, C., & Piga, V. (2021). L'impatto psicologico dell'epidemia di Covid-19 sugli operatori sanitari nel periodo iniziale dell'emergenza: una breve e rapida revisione sistematica. *Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria*, 25, 6-27.
- Alyahya, S., & AboGazalah, F. (2021). Work-Related Stressors among the Healthcare Professionals in the Fever Clinic Centers for Individuals with Symptoms of COVID-19. *Healthcare*, 9(5), 548. <https://doi.org/10.3390/healthcare9050548>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands-resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273-285. doi: 10.1037/ocp0000056
- Balducci, C. (2015). *Gestire lo stress nelle organizzazioni*. Bologna: il Mulino.
- Bhanot, D., Singh, T., Verma, S. K., & Sharad, S. (2021). Stigma and Discrimination During COVID-19 Pandemic. *Frontiers in public health*, 8(577018). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.577018>
- Bolisani, E., Scarso, E., Ipsen, C., Kirchner, K., & Hansen, J.P (2020). Working from home during COVID-19 pandemic: lessons learned and issues. *Management & Marketing*, 15(s1), 458-476. <https://doi.org/10.2478/mmcks-2020-0027>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., et al. (2020). Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26(924171). <https://doi.org/10.12659/MSM.924171>
- Callus, E., Bassola, B., Fiolo, V., Bertoldo, E. G., Pagliuca, S., & Lusignani, M. (2020). Stress Reduction Techniques for Health Care Providers Dealing With Severe Coronavirus Infections (SARS, MERS, and COVID-19): A Rapid Review. *Frontiers in psychology*, 11(589698). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.589698>

- Chen, Y. C., Wu, H. C., Kuo, F. T., Koh, D., Guo, Y. L., & Shiao, J. S. (2022). Hospital factors that predict intention of health care workers to leave their job during the COVID-19 pandemic. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jnu.12771>
- Cheng, H., Yang, H., Ding, Y., & Wang, B. (2020). Nurses' mental health and patient safety: An extension of the Job Demands-Resources model. *Journal of nursing management*, 28(3), 653–663. <https://doi.org/10.1111/jonm.12971>
- Chunta, K.S. (2020). New nurse leaders: creating a work-life balance and finding joy in work. *Journal of Radiology Nursing*, 39(2), 86-88. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2019.12.007>
- Ciurnelli, B., & Izzo, D. (2020). L'impatto della pandemia sulla didattica: percezioni, azioni e reazioni dal mondo della scuola. *Lifelong Lifewide Learning*, 17(36), 147-157.
- Cordioli, D., Cordioli Junior, J. R., Gazetta, C. E., Silva, A., & Lourenção, L. G. (2019). Occupational stress and engagement in primary health care workers. *Revista brasileira de enfermagem*, 72(6), 1580–1587. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0681>
- Deantonio, L., Bosetti, D., Cima, S. Martucci, F., Borgonovo, G., Di Bella G., et al. (2020). #Stayathome: Smart working for radiation oncologists during the corona pandemic. *Strahlentherapie und Onkologie*, 196(12), 1094–1095. <https://doi.org/10.1007/s00066-020-01683-z>
- De Carlo, N.A, Falco, A., & Capozza, D. (2016). *Stress, benessere organizzativo e performance. Valutazione & intervento per l'azienda positiva*. Milano: Franco Angeli.
- Di Tella, M., Romeo, A., Benfante, A., & Castelli, L. (2020). Mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy. *Journal of evaluation in clinical practice*, 26(6), 1583–1587. <https://doi.org/10.1111/jep.13444>
- Di Trani, M., Mariani, R., Ferri, R., De Berardinis, D., & Frigo, M. G. (2021). From Resilience to Burnout in Healthcare Workers During the COVID-19 Emergency: The Role of the Ability to Tolerate Uncertainty. *Frontiers in psychology*, 12(646435). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.646435>
- Dong, L., & Bouey, J. (2020). Public Mental Health Crisis during COVID-19 Pandemic, China. *Emerging infectious diseases*, 26(7), 1616–1618. <https://doi.org/10.3201/eid2607.200407>

Du, M., & Hu, K. (2021). Frontline Health Care Workers' Mental Workload During the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *Asia-Pacific journal of public health*, 33(2-3), 303–305. <https://doi.org/10.1177/1010539521997257>

Ferreira, P., & Gomes, S. (2021). The Role of Resilience in Reducing Burnout: A Study with Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic. *Social Sciences*, 10(9), 317. <https://doi.org/10.3390/socsci10090317>

Fraccaroli, F., & Balducci, C. (2011). *Stress e rischi psicosociali nelle organizzazioni*. Bologna: Il Mulino.

Frenkel, M. O., Pollak, K. M., Schilling, O., Voigt, L., Fritzsching, B., Wrzus, C., et al. (2022). Stressors faced by healthcare professionals and coping strategies during the early stage of the COVID-19 pandemic in Germany. *PloS one*, 17(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261502>

Giallonardo, V., Sampogna, G., Del Vecchio, V., Luciano, M., Albert, U., Carmassi, C., et al. (2020). The Impact of Quarantine and Physical Distancing Following COVID-19 on Mental Health: Study Protocol of a Multicentric Italian Population Trial. *Frontiers in psychiatry*, 11, 533. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00533>

Giusino, D., De Angelis, M., Mazzetti, G., Christensen, M., Innstrand, S. T., Faiulo, I. R., et al. (2022). "We All Held Our Own": Job Demands and Resources at Individual, Leader, Group, and Organizational Levels During COVID-19 Outbreak in Health Care. A Multi-Source Qualitative Study. *Workplace health & safety*, 70(1), 6–16. <https://doi.org/10.1177/21650799211038499>

Harms, PD. (2021). Nursing: A critical profession in a perilous time. *Industrial and Organizational Psychology*, 14, 264–266. <https://doi.org/10.1017/iop.2021.58>

Heath, C., Sommerfield, A., & Ungern-Sternberg, B.S. (2020). Resilience strategies to manage psychological distress among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a narrative review. *Anaesthesia*, 75(10), 1364-1371. doi: 10.1111/anae.15180

Hou, T., Zhang, T., Cai, W., Song, X., Chen, A., Deng, G., et al, (2020). Social support and mental health among health care workers during Coronavirus Disease 2019 outbreak: A moderated mediation model. *PloS one*, 15(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233831>

- Janeway, D. (2020). The Role of Psychiatry in Treating Burnout Among Nurses During the Covid-19 Pandemic. *Journal of radiology nursing*, 39(3), 176–178. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2020.06.004>
- Jassim, G., Jameel, M., Brennan, E., Yusuf, M., Hasan, N., & Alwatani, Y. (2021). Psychological Impact of COVID-19, Isolation, and Quarantine: A Cross-Sectional Study. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 17, 1413–1421. <https://doi.org/10.2147/NDT.S311018>
- Kamdi, P.S., & Deogade, M.S. (2020). The hidden positive effects of covid-19 pandemic. *International Journal of Research in Pharmaceutical Sciences*, 11, 276-279.
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., et al. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*, 7(3). [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X)
- Khan, I., Shah, D., & Shah S.S. (2021). Covid-19 pandemic and its positive impacts on environment: an update review. *International Journal of Environmental Science and Technology*, 18, 521-530. <https://doi.org/10.1007/s13762-020-03021-3>
- Kumar, P. (2022). Internal flexibility in health-care organizations: a value-laden perspective on sustainability. *International Journal of Organizational Analysis*, 30(3), 721-742. <https://doi.org/10.1108/IJOA-05-2019-1766>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., et al. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA network open*, 3(3). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Maeran, R., & Boccato, A. (2016). *Lavoro e psicologia. Le persone nelle organizzazioni*. Milano: LED.
- McConnell, D. (2020). Balancing the duty to treat with the duty to family in the context of the COVID-19 pandemic. *Journal of medical ethics*, 46(6), 360–363. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106250>
- Meese, K. A., Colón-López, A., Singh, J. A., Burkholder, G. A., & Rogers, D. A. (2021). Healthcare is a Team Sport: Stress, Resilience, and Correlates of Well-Being Among Health System Employees in a Crisis. *Journal of healthcare management*, 66(4), 304–322. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-20-00288>
- Migali, E., & Morandini, M. (2004). Il mutamento delle professioni. *Rivista italiana della Medicina di Laboratorio*, 5, 43-50.

- Mironova, K., & Lipai, T.P. (2021). The COVID-19 implications: the role of stress and stigmatization. *Public Health and History of Medicine*, 29(2), 194-196 <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-194-196>
- Monaghesh, E., & Hajizadeh, A. (2020). The role of telehealth during COVID-19 outbreak: a systematic review based on current evidence. *BMC public health*, 20(1), 1193. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09301-4>
- Nabe-Nielsen, K., Nilsson, C. J., Juul-Madsen, M., Bredal, C., Hansen, L., & Hansen, Å. M. (2021). COVID-19 risk management at the workplace, fear of infection and fear of transmission of infection among frontline employees. *Occupational and environmental medicine*, 78(4), 248–254. <https://doi.org/10.1136/oemed-2020-106831>
- Nelson, B. (2020). The positive effects of covid-19. *BMJ (Clinical research ed.)*, 369, 1785. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1785>
- Nelson, H., Hubbard Murdoch, N., & Norman, K. (2021). The role of uncertainty in the experiences of nurses during the Covid-19 pandemic: a phenomenological study. *Canadian Journal of Nursing Research*, 53(2), 124-133. [doi:10.1177/0844562121992202](https://doi.org/10.1177/0844562121992202)
- Preti, E., Di Mattei, V., Perego, G., Ferrari, F., Mazzetti, M., Taranto, P., et al. (2020). The Psychological Impact of Epidemic and Pandemic Outbreaks on Healthcare Workers: Rapid Review of the Evidence. *Current psychiatry reports*, 22(8), 43. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01166-z>
- Ramaci, T., Barattucci, M., Ledda, C., & Rapisarda, V. (2020). Social Stigma during COVID-19 and its Impact on HCWs Outcomes. *Sustainability*, 12(9), 3834. <https://doi.org/10.3390/su12093834>
- Rashmi K., & Kataria A. (2021). The mediating role of work-life balance on the relationship between job resources and job satisfaction: perspectives from Indian nursing professionals. *The International Journal of Organizational Analysis*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1108/IJOA-04-2021-2722>
- Rick, J., & Briner, R. B. (2000). Psychosocial risk assessment: problems and prospects. *Occupational medicine*, 50(5), 310–314. <https://doi.org/10.1093/occmed/50.5.310>
- Rodriguez Socarrás, M., Loeb, S., Teoh, J. Y. C., Ribal, M. J., Bloemberg, J., Catto, J., et al. (2020). Telemedicine and Smart Working: Recommendations of the European

Association of Urology. *European Urology*, 78(6), 812-819. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2020.06.031>

Rossi, R., Socci, V., Talevi, D., Mensi, S., Niolu, C., Pacitti, F., Di Marco, A., Rossi, A., Siracusano, A., & Di Lorenzo, G. (2020). COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental Health Among the General Population in Italy. *Frontiers in psychiatry*, 11, 790. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00790>

Schubert, M., Ludwig, J., Freiberg, A., Hahne, T.M., Romero Starke, K., Girbig, M., et al. (2021). Stigmatization from Work-Related COVID-19 Exposure: A Systematic Review with Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), 6183. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126183>

Shi, L. S., Xu, R. H., Xia, Y., Chen, D. X., & Wang, D. (2022). The Impact of COVID-19-related work stress on the mental health of primary healthcare workers: the mediating effects of social support and resilience. *Frontiers in psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.800183>

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of occupational health psychology*, 1(1), 27–41. <https://doi.org/10.1037//1076-8998.1.1.27>

Sorokin, M. Y., Kasyanov, E. D., Rukavishnikov, G. V., Makarevich, O. V., Neznanov, N. G., Morozov, P. V. et al. (2020). Stress and Stigmatization in Health-Care Workers during the COVID-19 Pandemic. *Indian journal of psychiatry*, 62(3), 445–453. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_870_20

Sotgiu, G., & Dobler, CC. (2020). Social stigma in the time of coronavirus disease 2019. *Eur Respir J*, 56(2002461). <https://doi.org/10.1183/13993003.02461-2020>

Stenigo, L., & Murgolo, E. (2021). *Giovani e Pandemia: la realtà italiana. Riflessioni dal servizio PIN. Consultato da* <https://www.aslcittaditorino.it/wp-content/uploads/2018/07/Report-Giovani-e-Pamdemia.pdf>

Tannenbaum, S. I., Traylor, A. M., Thomas, E. J., & Salas, E. (2021). Managing teamwork in the face of pandemic: evidence-based tips. *BMJ quality & safety*, 30(1), 59–63. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011447>

Teksin, G., Uluyol, O. B., Onur, O. S., Teksin, M. G., & Ozdemir, H. M. (2020). Stigma-related Factors and their Effects on Health-care Workers during COVID-19 Pandemics

- in Turkey: A Multicenter Study. *Sisli Etfal Hastanesi tip bulteni*, 54(3), 281–290.
<https://doi.org/10.14744/SEMB.2020.02800>
- Tenconi, E. (2021). Il Covid-19 e la salute mentale. Una riflessione sull’impatto della pandemia sulla popolazione e sugli operatori sanitari. *Journal of Health Care Education in Practice*, 3-13.
- Um-E-Rubbab, Farid, T., Iqbal, S., Saeed, I., Irfan, S., & Akhtar, T. (2021). Impact of Supportive Leadership During Covid-19 on Nurses' Well-Being: The Mediating Role of Psychological Capital. *Frontiers in psychology*, 12.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.695091>
- Vajpeyee, M., Tiwari, S., Jain, K., Modi, P., Bhandari, P., Monga G., et al. (2022). Yoga and music intervention to reduce depression, anxiety, and stress during COVID-19 outbreak on healthcare workers. *The International journal of social psychiatry*, 68(4), 798–807. <https://doi.org/10.1177/00207640211006742>
- Wang, H., Xu, G., Liang, C., & Li, Z. (2021). Coping with job stress for hospital nurses during the COVID-19 crisis: The joint roles of micro-breaks and psychological detachment. *Journal of nursing management*. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1111/jonm.13431>

SITOGRAFIA

- <https://www.governo.it/it/coronavirus-misure-del-governo>
- <http://www.eurofound.ie/publications/EF0121.htm>
- <http://europe.osha.eu.int/systems/strategies/future/#270>
- [https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-(covid-19))