



STRESS LAVORO CORRELATO E OPERATORI SANITARI

Emergenza Covid -19

Lunedì 23 novembre

Docente: Alfonso Piccoli Responsabile UO Medicina Interna e COVID

Istituto Clinico San Rocco (Ome – BS) di Istituti Ospedalieri Bresciani GSD.

LA VALUTAZIONE STRESS LAVORO CORRELATO PRIMA

- A CHE PUNTO ERAVAMO NEL SETTORE SOCIO SANITARIO?
 - Come stava la STRUTTURA?
 - Come stava SONIA?

SECONDO VALUTAZIONE INAIL (LIMITI)

Nell'ottica ministeriale, DOPO LA PRIMA FASE, la seconda fase si pone come meramente eventuale, perché viene attivata solo se dalla valutazione preliminare siano emersi elementi di rischio da SLC e siano risultati inefficaci gli interventi correttivi adottati per fronteggiarli. Essa assume un carattere più complesso e approfondito perché indaga sulle percezioni soggettive dei lavoratori, ai fini dell'“identificazione e caratterizzazione” del rischio da SLC e delle sue cause e rappresenta “un prezioso momento informativo sulle condizioni di salute di un'organizzazione e dei lavoratori”, specie in realtà aziendali in cui risulti complessa “la caratterizzazione ottimale del rischio” da SLC con la sola adozione di liste di controllo.

gli obblighi datoriali si differenziano (e naturalmente si complicano) in base all'esito di quello che possiamo definire l'accertamento pregiudiziale.

Ma per OS quali sono gli eventi stressanti preesistenti? Li abbiamo valutati?

"Eventi vitali"	% di stress
Morte di un congiunto	100
Divorzio	73
Prigione	63
Infortunio o malattia	53
Matrimonio	50
Licenziamento	47
Pensionamento	45
Arrivo di un nuovo membro in famiglia	39
Conflitti coniugali ripetuti	35
Debiti o prestiti rilevanti	31
Successo personale notevole	28
Trasloco	20
Vacanze	13

Tabella 3. Eventi vitali stressanti. (Tratto da: Holmes e Rahe 1967).

1. Svolgere per abitudine più cose contemporaneamente
2. Sforzarsi di mantenere lo stesso ritmo di lavoro nonostante la stanchezza
3. Sbrigare il più presto possibile un affare o un lavoro
4. Compiacersi di essere una persona tenace
5. Preoccuparsi di non arrivare mai in ritardo a un appuntamento
6. Suggestire abitualmente la parola agli altri, quando sembrano troppo lenti nell'espone il proprio pensiero
7. Prendere troppo sul serio i propri compiti (di lavoro, famiglia, ecc.)
8. Mangiare velocemente
9. Pensare spesso al lavoro o agli impegni anche in momenti poco opportuni
10. Compiacersi di competere con gli altri (nel lavoro, nel gioco, nello sport, ecc.)
11. Pensare spesso a un problema (di lavoro o altro) anche a tarda notte e perciò non riuscire a dormire
12. Non bilanciare i momenti di tensione con quelli di distensione e di svago
13. Compiacersi di comandare
14. Irritarsi facilmente
15. Spazientirsi rapidamente
16. Non trovare il tempo di curare come si vorrebbe il proprio aspetto (capelli, indumenti, ecc.)

Tabella 7. Abitudini e modi di fare che predispongono allo stress.

La tabella presenta i comportamenti e gli atteggiamenti stressogeni più significativi contenuti negli inventari per identificare il Tipo A (cfr. Tabella 2), lo stress e il burnout (cfr. Tabella 5), i tratti di personalità predisponenti alla malattia (cfr. Tabella 8).

Come erano i dati sul burnout agli inizi 2020?

Il rapporto annuale di Medscape, National Physician Burnout, Depression and Suicide (su oltre 15.000 medici in 29 specialità tenendo conto anche della generazione di appartenenza, ovvero baby boomer, generazione X e millennial) rilevato

- 1) Che il tasso complessivo di **burnout** tra gli operatori sanitari è leggermente diminuito passando dal 46% nel 2015 al 42% nel 2020,
- 2) Ma emerge ora **un netto divario generazionale**.

Gli operatori sanitari della generazione X, i nati tra il 1965 e il 1985 circa, hanno riferito livelli più elevati di *burnout* o stress correlato al lavoro, che hanno contribuito a creare sfinimento, cinismo e distacco dalla soddisfazione e dalle responsabilità professionali.

Stress da lavoro, medici italiani più esauriti d'Europa → Hanno un livello di stress quasi doppio (43%) rispetto alla media europea (22%)

L'identificazione dei fattori di rischio stress lavoro-correlato in un 'Azienda Sanitaria Ospedaliera: un approccio quali-quantitativo

53 Strutture in cui lavorano 2334 dipendenti

L'analisi dei dati ha mostrato un livello di rischio SLC “basso” per quanto riguarda l'intera ASO, “medio” per sei indicatori trasversali e per otto Strutture.

Tre indicatori ritenuti particolarmente significativi sono stati esaminati in maniera approfondita:

“Ambienti di lavoro e condizioni ergonomiche”,

“Lavoro a turni”,

“Interferenze nello svolgimento delle attività”.

Conclusioni: I risultati hanno consentito di individuare alcune buone pratiche finalizzate a limitare il rischio di SLC esportabili in analoghi contesti organizzativi.

L'approccio quali-quantitativo ha suscitato un forte coinvolgimento dei dipendenti dell'ASO che potrà favorire la reale efficacia delle iniziative intraprese.

Tabella 2 (continua) - Check-list per la rilevazione dei rischi di stress lavoro-correlato: risultati per tutta l'ASO (categorie e indicatori)

Table 2 (continued) - Check-list for the detection of work-related stress risk: results for the entire Hospital (categories and indicators)

	Punteggio sulla scala 0-3
Categoria 7 Aspetti soggettivi	1
7.1 - Percezione dell'adeguatezza delle proprie competenze	1
7.2 - Percezione della valorizzazione del proprio operato	1
7.3 - Controllo delle emozioni	1
7.4 - Percezione di tutela della propria sicurezza da parte dell'Azienda	1
7.5 - Percezione di rischio derivante dal lavoro a contatto con pazienti potenzialmente violenti	1
7.6 - Equilibrio vita-lavoro	1

Ma come mai questi dati? Come mai il rischio rilevato nei DVR si è sempre dimostrato lieve (solo in rari casi moderato)? Da dove nasce il gap?

La maggior parte degli studi sul BO e sullo stress lavoro correlato si svolgono al di fuori del contesto degli stati di emergenza, quindi non sono necessariamente direttamente applicabili ad una pandemia. Utili per stabilire una comprensione di base del burnout tra i professionisti sanitari, ma insufficienti per esaminare come funzionano i fenomeni correlati in una pandemia.

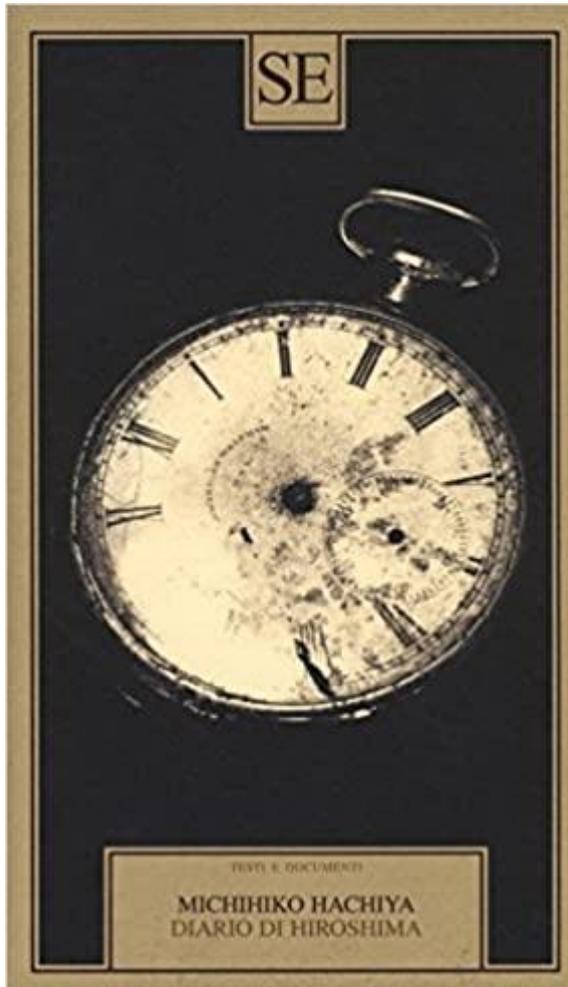
La Pandemia COVID sembra aver messo in luce le carenze di un **sistema con bassa prevedibilità del danno legato a particolari stressor e tarati per sistemi sufficientemente stabili** (sia nella tipologia di stressor a cui era esposto che di malattie da gestire e numerosità di pazienti da accogliere)

Cosa è successo al Personale Sanitario (quanto pare non particolarmente colpito dallo stress lavoro correlato) con la inaspettata tipologia degli stressor sul lavoro (esterno alle persone e alle istituzioni coinvolte ma che trasforma l'ambiente sanitario: lo traumatizza)

Avevamo strumenti per valutare (e preservare da) l'impatto del disastro/catastrofe/trauma su tutto il personale sanitario principalmente coinvolto in questa emergenza ancora in corso?

Il diario del medico Michihiko Hachiya comprende **56 giorni a Hiroshima**, dal 6 agosto, il giorno della bomba atomica, al 30 settembre 1945.

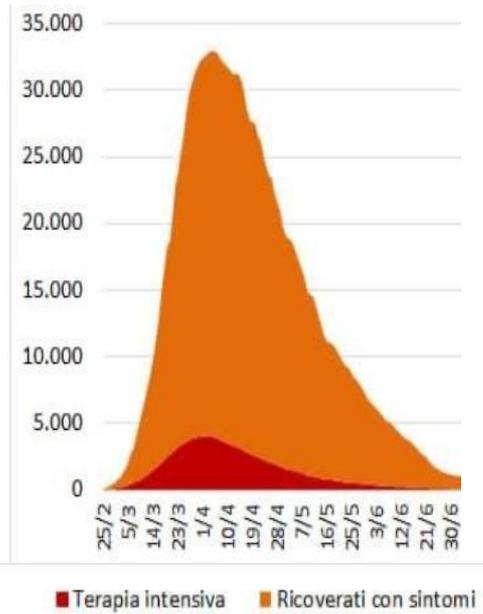
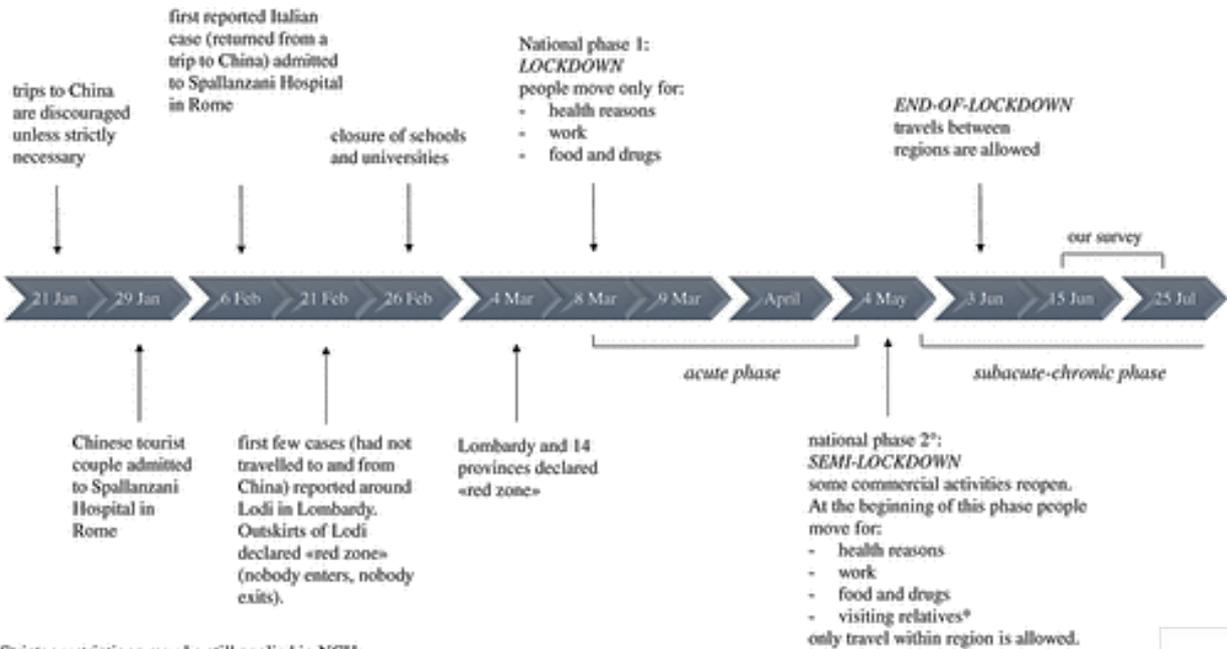
A Hiroshima i volti che si disfanno, la sete dei ciechi. Denti bianchi sporgenti in un volto sparito. Vie bordate di cadaveri. Su una bicicletta un morto. Stagni colmi di morti. Un medico con quaranta ferite. «Siete vivo? Siete vivo?». Quante volte deve udirlo. Di notte come unica luce i fuochi della città, cadaveri che bruciano. Odore come di sardine che bruciano. Quando accadde, la prima cosa che d'improvviso notò su di sé: era completamente nudo. Il silenzio, tutte le figure si muovono senza rumore, come in un film muto. Le visite ai malati nell'ospedale: primi resoconti di ciò che è stato l'annientamento di Hiroshima. La città dei quarantasette ronin è stata scelta per questo



Evoluzione dell'esposizione allo stress lavoro correlato COVID



Le valutazioni dell'impatto risentono delle fasi dell'emergenza ancora in corso (oltre che delle popolazioni di operatori sanitari coinvolti)



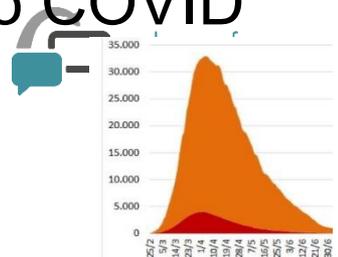
*Stricter restrictions may be still applied in NCH
 *During this phase some measures will become more lenient, e.g. from the 18 May museums and parks are allowed to reopen.

Studio condotti subito dopo la I ondata in operatori sanitari che lavorano nel Nord Italia, hanno evidenziato alti livelli di burnout soprattutto nell'esaurimento emotivo e nella riduzione della realizzazione personale.

E come si poteva immaginare Questi risultati di burnout erano significativamente più alti di quelli rilevati in altri campioni italiani prima dell'epidemia di COVID-19, in particolare per l'esaurimento emotivo.

Evoluzione dell'esposizione allo stress lavoro correlato COVID

Le valutazioni dell'impatto risentono delle fasi dell'emergenza ancora in corso (oltre che delle popolazioni di operatori sanitari coinvolti)



INAIL SCHEDA NAZIONALE INFORTUNI COVID-19

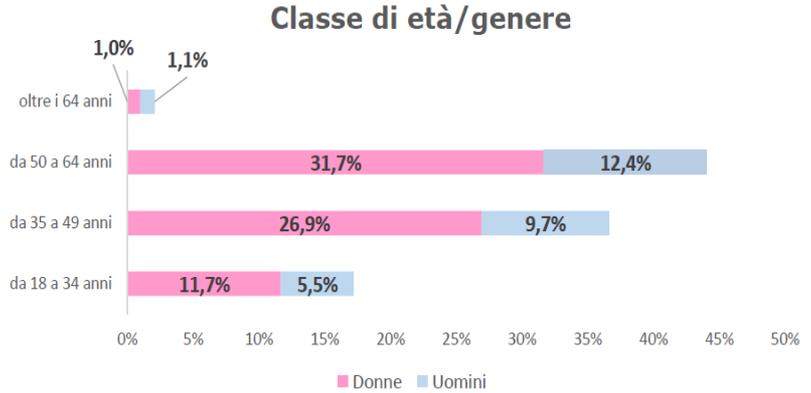
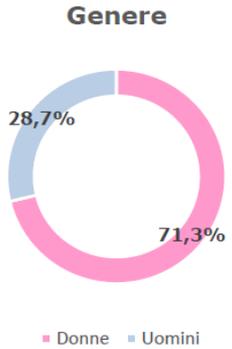
Denunce di infortunio da COVID-19 pervenute all'Inail (periodo accadimento gennaio - 31 agosto 2020)

Classe di età	Donne	Uomini	Totale	% sul totale
da 18 a 34 anni	6.102	2.882	8.984	17,2%
da 35 a 49 anni	14.056	5.077	19.133	36,6%
da 50 a 64 anni	16.538	6.463	23.001	44,1%
oltre i 64 anni	514	577	1.091	2,1%
Totale	37.210	14.999	52.209	100,0%

Il monitoraggio alla data del 31 agosto 2020 rileva (INAIL SCHEDA NAZIONALE INFORTUNI COVID-19 21 settembre 2020

52.209 denunce di infortunio sul lavoro a seguito di Covid-19 segnalate all'Inail (il 16% delle denunce di infortunio pervenute da inizio anno e il 19,4% dei contagiati nazionali totali comunicati dall'ISS alla stessa data), così distribuite: marzo (52,8%) aprile (34,9%) maggio 7,3% febbraio 1,8% giugno 1,7% luglio 0,9% agosto 0,6%.

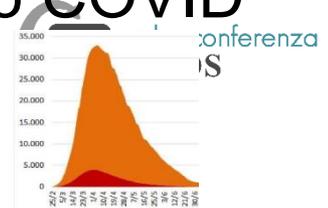
I casi in più rispetto al monitoraggio effettuato alla data del 31 luglio sono 846, di cui 323 riferiti a contagi nel mese di agosto;



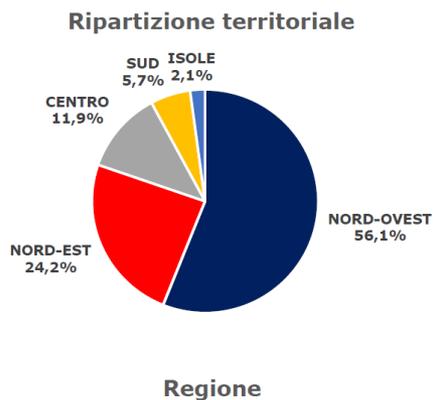
rispetto alle attività produttive (classificazione delle attività economiche Ateco-Istat 2007) coinvolte dalla pandemia, il settore della sanità e assistenza sociale (ospedali, case di cura e di riposo, istituti, cliniche e policlinici universitari, residenze per anziani e disabili...) registra il **71,2% delle denunce;**
SONO SEMPRE DATI RIFERIT ALLA PRIMA ONDATA !!!

Evoluzione dell'esposizione allo stress lavoro correlato COVID

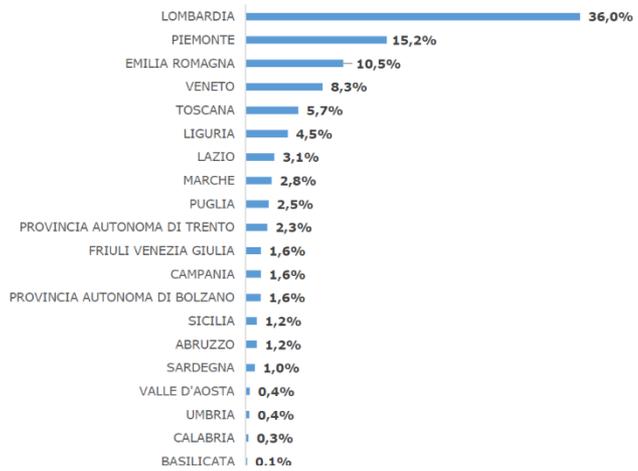
Le valutazioni dell'impatto risentono delle fasi dell'emergenza ancora in corso (oltre che delle popolazioni di operatori sanitari coinvolti)



INAIL SCHEDE NAZIONALE INFORTUNI COVID-19



Le province con un maggiore numero di contagi sono Milano (11,0%), Torino (7,9%), Brescia (5,5%) e Bergamo (4,7%);



OPERATORI SANITARI CHE HANNO ACQUISITO L'INFEZIONE DA SARS-COV-2 PER RUOLO/QUALIFICA PROFESSIONALE (DATO DISPONIBILE PER 20.593/20.831).

RUOLO/QUALIFICA	N	%
Medici Ospedalieri	3.748	18,2
MMG/PLS	328	1,6
Altri medici	458	2,2
Infermieri e ostetrici	9.755	47,4
Operatori socio sanitari	2.998	14,6
Altre professioni sanitarie	3.306	16,0
Totale	20.593	

OPERATORI SANITARI POSITIVI PER REGIONE (%)

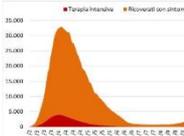
REGIONI	OPERATORI SANITARI POSITIVI (%)
Lombardia	61,57
Emilia Romagna	10,77
Veneto	8,45
Toscana	3,89
Friuli Venezia Giulia	2,41
Puglia	2,12
Sardegna	2,03
Provincia Autonoma Bolzano	1,85
Provincia Autonoma Trento	1,55
Liguria	1,44
Umbria	0,82
Marche	0,75
Abruzzo	0,62
Calabria	0,48
Piemonte	0,38
Lazio	0,29
Sicilia	0,29
Molise	0,25
Basilicata	0,02
Valle d'Aosta	0,02
Campania	0,01
ITALIA	100,00

35% 40%

Evoluzione dell'esposizione allo stress lavoro correlato COVID



Le valutazioni dell'impatto risentono delle fasi dell'emergenza ancora in corso (oltre che delle popolazioni di operatori sanitari coinvolti)

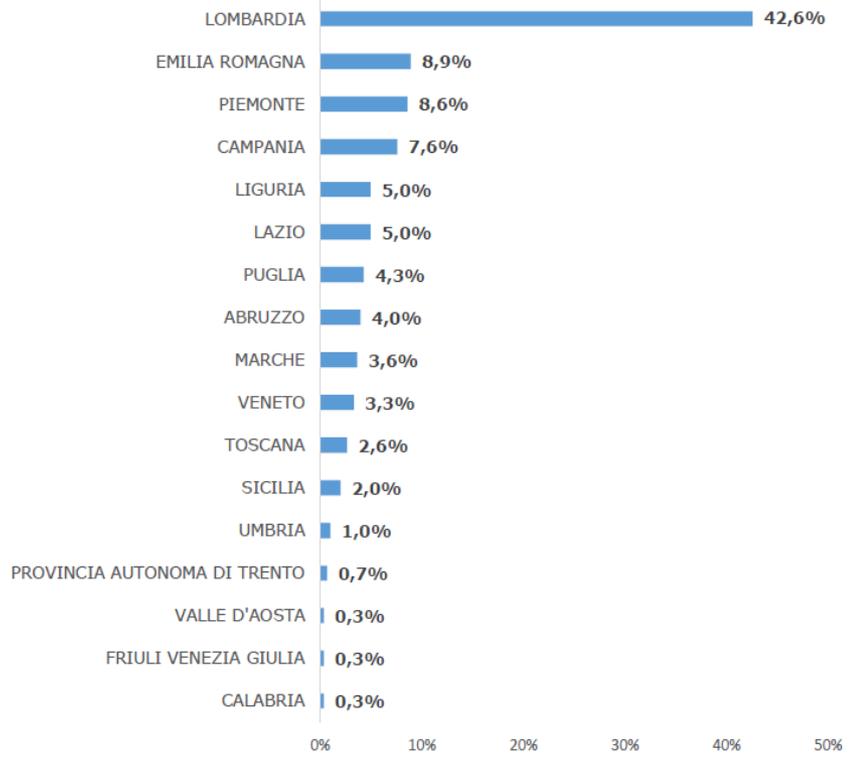
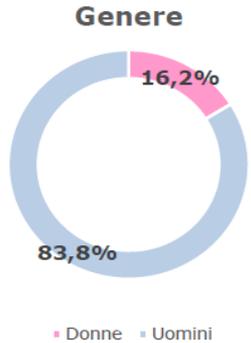


SCHEDA NAZIONALE INFORTUNI COVID-19

Denunce di infortunio con esito mortale da COVID-19 pervenute all'Inail

(periodo accadimento gennaio - 31 agosto 2020)

Classe di età	Donne	Uomini	Totale	% sul totale
da 18 a 34 anni	-	4	4	1,3%
da 35 a 49 anni	9	20	29	9,6%
da 50 a 64 anni	32	178	210	69,3%
oltre i 64 anni	8	52	60	19,8%
Totale	49	254	303	100,0%



mortalità maggiore in regione (es Campania) rispetto al numero di denunce

Evoluzione dell'esposizione allo stress lavoro correlato COVID

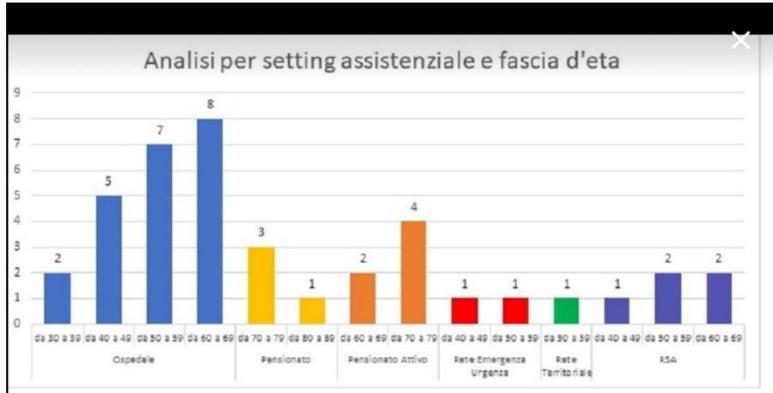
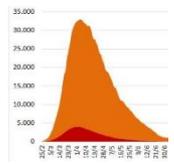
CON UN PESANETE TRIBUTO DI DECEDUTI TRA OS



Informazioni disponibili, **oltre 3000 operatori sanitari sono morti in 79 paesi a seguito del contagio da Covid-19.**

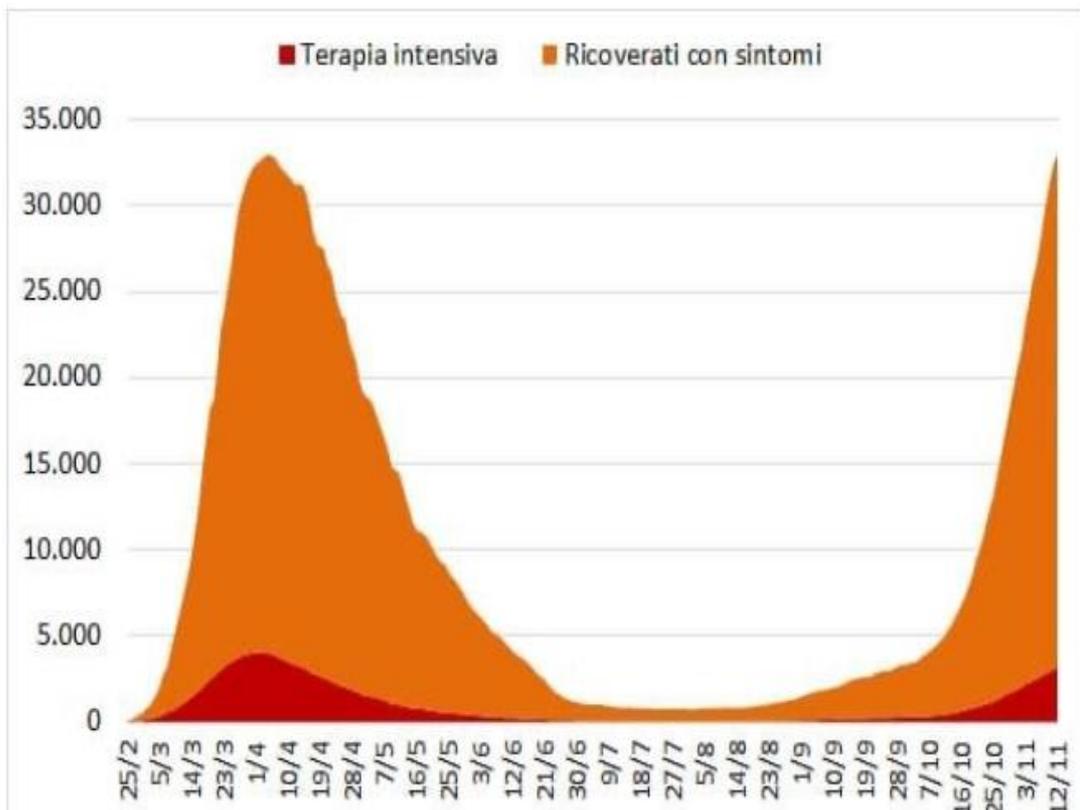
Gli stati col più alto numero di operatori sanitari risultano essere la Russia (545), il Regno Unito (540, compresi 262 assistenti sociali), gli Usa (507), il Brasile (351), il Messico (248), **l'Italia (188*)**, l'Egitto (111), l'Iran (91), l'Ecuador (82) e la Spagna (63).

- Un terzo dei decessi sono OS e socio-assistenziale.
- Le categorie più colpite dai decessi -
- 1) tecnici della salute 10,3% del totale (58% sono infermieri, di cui metà donne)
 - 2) medici con il 7,5% (uno su dieci è donna).
 - 3) operatori socio-sanitari (5,6%, ugualmente distribuiti per genere),
 - 4) gli operatori socio-assistenziali (3 su 4 sono donne) e il personale non qualificato nei servizi sanitari (ausiliari, portantini, barellieri) con il 3,6% per entrambe
 - 5) gli specialisti nelle scienze della vita (tossicologi e farmacologi) con il 2,4%.



Evoluzione dell'esposizione allo stress lavoro correlato COVID

Le valutazioni dell'impatto risentono delle fasi dell'emergenza ancora in corso (oltre che delle popolazioni di operatori sanitari coinvolti)



Lombardia al top ma questi dati potranno vedere in questo secondo semestre un aumento proprio nelle regioni che nella prima fase erano state risparmiate (soprattutto per Campania, Lazio, Sicilia, Sardegna) e a cui i dati si riferiscono.

Analisi del disastro 1^ ONDATA (la genesi del BURNIN)

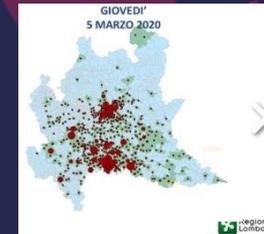
La pressione sul sistema sanitario:

Il **TERRITORIO** si e' riversato su:

- **MMG**
- **Ospedali**
- **RSA, Comunità**
- **Servizi (Laboratori, Ambulanziere, Esercito, ecc)**

- **COSTRINGEDOLI IN POCO TEMPO A GESTIRE PAZIENTI (E PARENTI!) SINO AD ALLORA NON CONSIDERABILI PER RISCHIO E FASCIA DI ETA' (i comparti erano stabiliti in base alle necessità di popolazione)**
- **RIVOLUZIONANDO TURNI, COMPETENZE SPECIALITA' SPAZI (DELL'ORGANIZZAZIONE E INTERNI ALL'OS STESSO)**
- **RAPIDA RISCHIESTA DI COMPETENZE MAI PRIMA NECESSARIE (LAVORARE CON GRUPPI, SPAZI PERSONE E CONDIZIONI CLINICHE DIVERSE DALLA ABITUALI → gestione della morte e della separazione degli altri, propria, dei propri cari dei colleghi: IL PAZIENTE IMMINENTE)**
- **RIDUZIONE DELLE ATTIVITA' «NORMATE» (CADUTA DELLE COMPETENZE D E DELL' OFFERTA)**
- **RAPIDA, IMPROVVISO CONVOLGIMENTO DELLA GESTIONE DI PERDITA, LUTTO SEPARAZIONE PER TUTTI GLI OS (GIÀ PRIMA CONFINATI DALLA SOCIETA' NELL. AMBITO SANITARIO)**
- **CON LO STESSO NUMERO DI OPERATORI DISPONIBILI (TUTTI HANNO SPERIMENTATO LO STESSO STRESS MA QUANTI HANNO SVILUPPATO LA DISSOCIAZIONE EMOTIVA?)**

(Piccoli)





"A CLINIC THERAPIST IN THE FIELD:
MEMORY OF THE TRAUMA OF HEALTHCARE PROFESSIONALS
DURING THE COVID-19 PANDEMICS:
BRIDGE FOR FUTURE MANAGEMENT OF EFFECTS AND TRAINING.
IS IT POSSIBLE TO DEFINE A "BURN IN" POST COVID 19 SYNDROME?"

Alfonso Piccoli

U.O. Medicina Interna – Istituto Clinico San Rocco (Ome – BS)
Istituto di Psicologia Psiconalitica Riconosciuta MIUR - Brescia



- Due i profili di operatori delineati dai dati:

1) gli OS a stretto contatto con le persone contagiate e con alti carichi di lavoro e trauma più diretto con sviluppo di sintomi depressivi, del sonno alcuni con pensieri intrusivi

2) gli OS che oltre che dallo stretto contatto presentavano vissuti inerenti la perdita di amici e familiari a causa del covid.

- Gli operatori hanno gradito e percepito le competenze di sostegno e di auto aiuto rese disponibili dal terapeuta ma anche di quegli operatori che avevano già in se stili di coping adatto alla gestione del trauma (protezione dell'autoaiuto competente).
- Fattori predittivi protettivi OS: età (→ 40), anni di esperienza (→ 10).



"A CLINIC THERAPIST IN THE FIELD:
MEMORY OF THE TRAUMA OF HEALTHCARE PROFESSIONALS
DURING THE COVID-19 PANDEMICS:
BRIDGE FOR FUTURE MANAGEMENT OF EFFECTS AND TRAINING.
IS IT POSSIBLE TO DEFINE A "BURN IN" POST COVID 19 SYNDROME?"
Alfonso Piccoli
U.O. Medicina Interna – Istituto Clinico San Rocco (Ome – BS)
Istituto di Psicologia Psiconalitica Riconosciuta MIUR - Brescia



Conclusioni: I dati raccolti permettono di delineare una condizione che ho definito di “**burn in**” diversa da quella più nota perché determinata dall’adattamento traumatico dell’operatore con le risorse e i mezzi che aveva e in un tempo determinato.

La **vicinanza competente con la tecnica del momento presente** ha fatto sì, nella maggior parte dei casi, di poter subito sia esprimere cosa si stava provando tra persone dello stesso gruppo di lavoro proprio nel momento in cui non hai tempo di pensare, che di sostenere stili di fronteggiamento adattivi verso quelli non adattativi.

Accogliere subito, esserci come corpo che cerca di dare un contenitore e una pensabilità lì dove il corpo, la mente e psiche si dissociano a causa della stanchezza e dalle troppe richieste può prevenire futuri disagi e preservare l’ OS nelle sue mansioni future.

Al fine di prepararsi alla gestione e prevenzione del “burn in” ha preso corpo un protocollo per l’analisi del disagio e breve e medio termine utilizzando scale dedicate per la valutazione dello stile di coping e di eventuali elementi dissociativi che, come è noto, possono ripresentarsi in sintomi e disagi anche a distanza dall’evento traumatico



"A CLINIC THERAPIST IN THE FIELD:
MEMORY OF THE TRAUMA OF HEALTHCARE PROFESSIONALS
DURING THE COVID-19 PANDEMICS:
BRIDGE FOR FUTURE MANAGEMENT OF EFFECTS AND TRAINING.
IS IT POSSIBLE TO DEFINE A "BURN IN" POST COVID 19 SYNDROME?"
Alfonso Piccoli
U.O. Medicina Interna – Istituto Clinico San Rocco (Ome – BS)
Istituto di Psicologia Psiconalitica Riconosciuta MIUR - Brescia



- **Conclusioni:** Con questa valutazione post hoc sarà possibile:
 - 1) raccogliere indicazioni per competenze necessarie per i leader sul campo (responsabili, coordinatori) per l'ascolto organizzato e strutturato e la prevenzione del personale sanitario coinvolto in ruoli non abituali quali l'accompagnamento alla morte, la mediazione di affetti e speranze (corretta gestione della risorsa umana; prevenzione del burn in);
 - 2) porre maggiore consapevolezza del proprio stile di coping in situazioni simili e nei confronti del paziente imminente (l'altro o noi);
 - 3) rivalutare la medicina interna come ponte di unione tra specialisti, (come lavorare in gruppi diversi dal proprio);
 - 4) preparare gli operatori all'auto aiuto nel divenire del trauma piuttosto che dover ricorrere a soluzioni spesso impraticabili (es sportelli, ecc) **(ponte verso la resilienza sperimentata e differenza tra resilienza individuale verso resilienza organizzativa; strutturazione del triage psicologico);**
 - 5) ripensare alla gestione dei tempi, alla tipologia di documentazione necessaria all'iter diagnostico terapeutico per porre attenzione all'altro paziente o collaboratore perché come il codice etico ricorda, **il tempo della relazione è tempo di cura**



"A CLINIC THERAPIST IN THE FIELD:
MEMORY OF THE TRAUMA OF HEALTHCARE PROFESSIONALS
DURING THE COVID-19 PANDEMICS:
BRIDGE FOR FUTURE MANAGEMENT OF EFFECTS AND TRAINING.
IS IT POSSIBLE TO DEFINE A "BURN IN" POST COVID 19 SYNDROME?"

Alfonso Piccoli

U.O. Medicina Interna – Istituto Clinico San Rocco (Ome – BS)
Istituto di Psicologia Psiconalitica Riconosciuta MIUR - Brescia



Nella nostra situazione si è dimostrato come la copresenza sul campo di relazioni sufficientemente solide e il senso di appartenenza e l' autorevolezza di alcuni ha permesso di tamponare tanti momenti di ascolto attivo e efficace e probabilmente di prevenire problemi futuri. **E' tempo per il corpo curante di prendersi cura di sé stesso.**

-

- *"L'avvenire è la porta, il passato ne è la chiave (V. Hugo)*
- *"E' impossibile conoscere gli uomini senza conoscere la forza delle parole." (S. Freud)*

Analisi del disastro I^ ONDATA (la genesi del BURNIN)

INSIGHT ON

- PAURA DEL PAZIENTE IMMINENTE
- L'IMPOTENZA VERSO L'INVISIBILE
- L'INCONTRO CON LE PROPRIE ANGOSCE TRAUMI
- LA FRAMMENTAZIONE DEL SE'
- LA COLPEVOLIZZAZIONE E TRAUMATISMO SECONDARIO
- LA STIGMATIZZAZIONE

RISULTATI DA ALTRI STUDI sullo stato psicologico degli operatori sanitari italiani condotti nel bel mezzo della Fase 1,

1) Prevalenza di individui con qualsiasi livello di gravità del **disagio psicologico fino all'89%** su un campione di 695 intervistati, intorno al picco dei contagi in Italia. Da sondaggi online De Sio et al. [85], (Il disagio psicologico è stato misurato con il General Health Questionnaire (GHQ-12 [86]), che ha un focus più generale).

2) Di Tella et al. [87] Nord Italia **Trovata una prevalenza totale del 97% per gli intervistati con qualsiasi livello di ansia** (misurata con la scala dell'ansia di stato STAI-Y [88]) più gli intervistati che soddisfano il criterio per una diagnosi provvisoria di PTSD (basato su PCL-5 [89]).

3) Rossi et al. [90] Tutta Italia ma soprattutto Nord e Centro Italia trovano una **prevalenza totale del 69% degli intervistati che approvano sintomi di ansia grave**, allo STAI-Y, e degli intervistati che riferiscono sintomi di stress post-traumatico significativi, alla sottoscala GPS-PTSD, tra 1379 operatori sanitari (comorbidità sconosciuta).

Nel studio fatto invece in **Fase 2**, (Prevalence of post-traumatic symptomatology and anxiety among residential nursing and care home workers following the first COVID-19 outbreak in Northern Italy Marianna RielloR. Soc. Open Sci. 7: 200880. <http://dx.doi.org/10.1098/rsos.200880> NCH) lo stesso calcolo restituirebbe **una prevalenza totale del 19% per gli intervistati che sono affetti da 'ansia grave e gli intervistati che riferiscono una sintomatologia grave di PTSD** (non corretta per la comorbidità); in Lai et al. (Fase 1, lavoratori ospedalieri) restituirebbe il 16% [40].00

Questo è quello che successo ai «VETERANS»

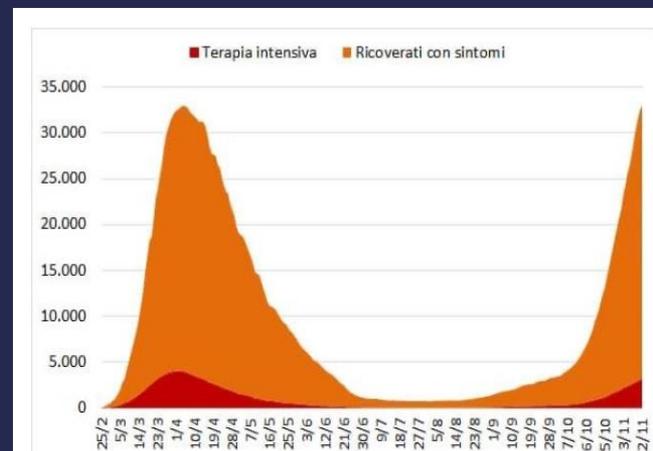
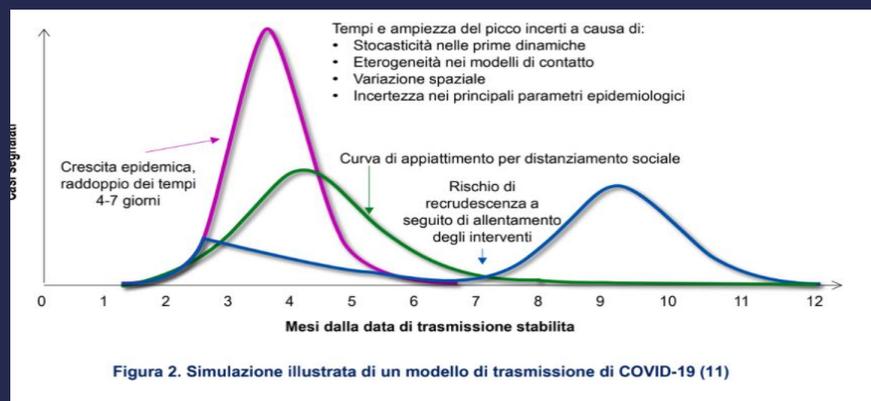
- come stanno adesso?

- Quante forze nuove sono giunte rispetto a quelli andati e alle necessità attuali

- Quanta «competenza» è ancora disponibile

- Che difese (anticorpi!) si sono formati rispetto a quanto subito

QUALI STRESSOR DELLE I VS QUELLI CHE DELLA II ONDATA PER QUANTO?

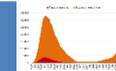




CoViD-19 e stress da pandemia: “l’integrità mentale non ha alcun rapporto con la statistica”

Riv Psichiatr 2020; 55(3): 131-136 M BIONDI1, A IANNITELLI

Sul fronte della pandemia, gli **operatori sanitari**, oltre ai fattori di stress generali, esperiscono numerosi stress specifici:



la carenza dei DPI (e dei tamponi)	+++	+
l'uso accurato dei presidi di protezione individuale (in particolare la completa vestizione protettiva) e l'adesione a specifici protocolli di sicurezza e il loro uso corretto in conformità ai protocolli di massima sicurezza (con il bagaglio psicologico di oggetto/azione che protegge se stessi e gli altri) e con connotati stressogeni fisici e psichici	++	+
per la prima volta gli OS hanno dovuto vicariare la totale assenza del sostegno familiare (sono stati ministri tante volte) e con la necessità di comunicare continuamente i familiari sulle condizioni del congiunto. Dare l'ultimo commiato.	+++	++
l'elevato numero di decessi e la necessità di ricomposizione di un numero di salme ingente (con conseguenti sensazioni di sconfitta e impotenza) con pesanti responsabilità nella gestione dei numerosissimi effetti personali del deceduto.	+++	+ (variabile in base all'area)
<p>La mancanza di prevedibilità associata al contagio la potenziale minaccia per la propria ed altrui salute → L'incertezza paralizzante (adottando procedure frenetiche a volte di prevenzione e di autoisolamento).</p> <p>Non poter pensare ed elaborare ai propri sentimenti ma solo sul fare (inizio della dissociazione emotiva importanza del proprio stile e della rete)</p> <p>Vedere i propri colleghi ammalarsi</p> <p>Il distanziamento sociale e l'interruzione delle normali attività di vita.</p>	+++	++



OS operanti in unità operative non COVID , hanno dato supporto alle unità operative tradizionalmente coinvolte dalla pandemia (Pneumologie, Medicine Rianimazioni) → nuovo praticamente tutto (tipo paz, protocolli assistenziali e clinici ecc) (si pensi anche alla semplice acquisizione di competenze nel governo del respiratore)	+++	++
Gestione delle terapie poco efficaci e a volte scarse e nel dilemma di scelte poi rilevatisi funeste senza colpa per nessuno (soprattutto sul territorio nell comunicazioni con sedi operative, nella gestione delle scarseggianti bombole di ossigeno, presid ecc) la paura della ripercussioni su presunte responsabilità	+++	+++
Comunicazione non congrua e a volte contraddittoria delle direttive (l'importante era fare il più possibile)	+++	+++
Il non potersi tirare indietro (Non poter pensare ed elaborare ai propri sentimenti ma solo sul fare → inizio della dissociazione emotiva importanza del proprio stile e della rete)	+++	++
Considerazione dell'utenza unita nel considerare ora angeli o eroi chi prima era tacciato di malasanità e a volte anche aggredito	+++	+++
L'iperinformazione o Infodemia. (coniato OMS per la pandemia da CoViD-19) indica l'eccesso di informazioni dei media, un contagio di informazioni a contenuto soprattutto angosciante, terrorizzante e quasi sempre contraddittorio	+++	++
Alto turnover personale	++	+++
La riduzione della progettualità individuale e l'isolamento sociale → generano vissuti opposti. Da una parte sicurezza e controllo ma dall'altra rabbia e frustrazione ("Per proteggermi devo mettere in stand-by la mia vita"; PERCHE' CI RITROVIAMO ANCORA IN QUESTA SITUAZIONE E PERCHE' ANCORA IO).	+++	+++

DOPO LE PRIME 2 FASI

Alcune delle incertezze iniziali associate a COVID-19 sono state ridotte, ma rimangono elevate

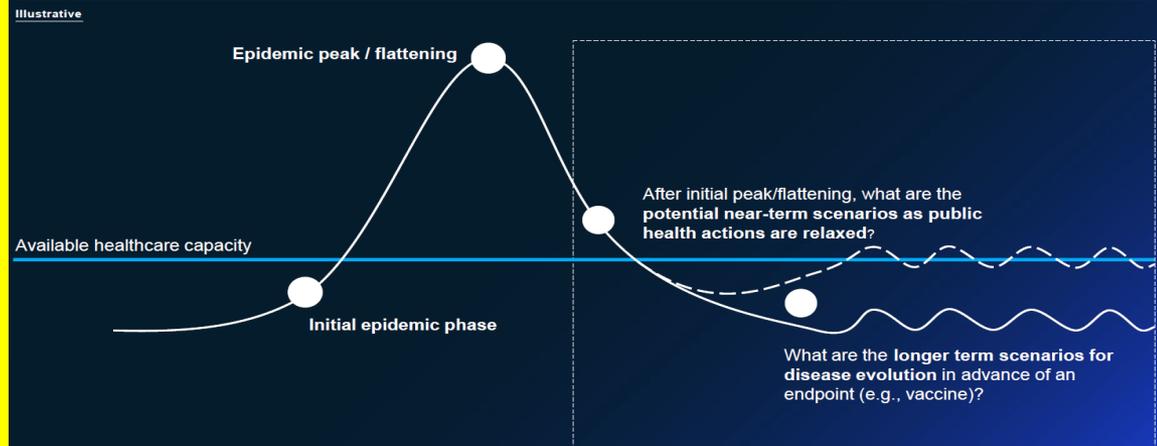
Incertezza su ...

- Diffusione continua
- L'effetto delle misure di salute pubblica
- Entità del danno strutturale all'economia, i blocchi più lunghi rimangono in vigore
- Quando potrebbe essere necessario modificare le misure
- Quando è possibile mettere in atto un pacchetto di misure "quasi zero virus"
- Veri tassi di morbilità e mortalità
- Lo sviluppo dell'immunità della mandria
- Quando esisteranno cure o vaccinazioni efficaci

COVID-19 is, first and foremost, a global humanitarian challenge.

Thousands of health professionals are battling the virus, putting their own lives at risk. Governments and industry are working together to understand and address the challenge, support victims and their families and communities, and search for treatments and a vaccine.

Significant uncertainty remains around medium- and long-term epidemiology trajectory of the virus spread



Il che potrebbe portare a ...

- Ulteriore perdita di vite umane
- Vittime silenziose: persone che soffrono di effetti negativi di altre malattie perché non sono in grado di accedere a cure urgenti, persone con problemi di salute mentale, vittime di violenza domestica, persone che soffrono di povertà crescente e milioni di nuovi disoccupati
- Mezzi di sussistenza, precarietà del lavoro, pianificazione discrezionale differita, instabilità finanziaria e ampi impatti economici

Lo stressor cronico (e la sua gestione e prevenzione)

La sindrome generale di adattamento

L'attuale condizione che stiamo vivendo quindi può essere meglio analizzata facendo riferimento al modello che Hans Selye (1974) definì come

“Sindrome Generale di Adattamento”,

Relativo alla risposta che l'organismo mette in atto quando è sottoposto agli **effetti prolungati di uno o più agenti stressanti**. Anche in questo caso si delineano tre fasi di risposta:

- **Allarme**, risposta agli *stressor* con meccanismi di reazione acuta fisici e mentali
- **Resistenza**, si tenta di combattere e contrastare gli effetti negativi dell'affaticamento prolungato.
- **Esaurimento**. se lo *stressor* continua ad essere presente in modo intenso, le risorse a disposizione dell'organismo, essendo limitate, ad un certo punto si esauriscono.

Il modello di Selye, ci aiuta a capire come – di fronte a stress di tipo prolungato o cronico – divenga ancor più necessario per noi esseri umani il trovare delle strategie utili per ridurre l'attivazione fisiologica e fronteggiare con le nostre risorse gli effetti dell'evento

Un disastro è una situazione di stress massivo collettivo

(Kingston e Rosser 1974)

Trauma

“Per *evento traumatico* si intende un evento stressante, dal quale non ci si può sottrarre, che sovrasta le capacità di resistenza dell'individuo”

(van der Kolk, 1996)



Ma cosa fanno le persone quando coinvolte in un disastro? Gli OS ?

FASE	Durata	PARAMETRI	Ordine sociale	COMPORAMENTO
Fase preliminare	variabile in linea con la situazione	Psicologia informazione <i>ansia</i> <i>negligenza</i>	incremento delle esercitazioni	preparazione <i>vuoto</i> <i>scoraggiamento</i> andare alla deriva preparazione all'azione
Fase di allerta	breve (un'ora o più)	vigilanza <i>paura</i> <i>tensione ansiosa</i>	grande incremento della coesione	<i>ansia</i> <i>incapacità di riposare</i> <i>rifiuto dell'allerta</i> attenzione focalizzata preparazione all'azione
Fase di shock	molto breve (qualche minuto)	shock emozionale sorpresa stress <i>illusione di centralità</i> <i>impressione di vulnerabilità</i>	persistenza	preparazione all'azione <i>indifferenza emotiva</i> <i>comportamento automatico</i>
Fase di reazione	media (da una ad alcune ore)	consapevolezza desiderio di fuggire <i>regressione gregaria</i> <i>suggestibilità</i> <i>imitazione</i>	Il gruppo è distrutto frammentato persistenza	obbedienza agli ordini comportamenti spontanei adattivi aiuto, leadership sconvolgimento - paralisi - stupore - fuga centrifuga - agitazione - panico - fuga di massa mutuo aiuto partecipazione
Fase di risoluzione	media (qualche ora)	ritorno a una chiara coscienza auto-biasimo colpa <i>disturbi emotivi immediati</i> desiderio di vivere	ricomposizione di gruppi sociali riorganizzazione	cordoglio ricostruzione
Fase post disastro	lunga (alcuni giorni, settimane o anni)	<i>effetti a lungo termine del trauma</i> ricordo <i>regressione infantile</i>	ritorno alla normalità <i>assenza di autorità</i>	<i>violenza, vandalismo,</i> <i>ricerca del capro espiatorio,</i> <i>paura di nuovi disastri,</i> <i>dipendenza, protesta</i>

Tabella 12. Comportamento dei soccorritori prima, durante e dopo un disastro. (Fonte: L. Crocq, 2000)

Fasi del disastro :

- **PRE-DISASTRO**
(Minaccia,Avvertimento, Allarme)

- **EROICA**

- **LUNA DI MIELE**



San Rocco: festa in reparto per la dimissione dell'ultimo paziente-covid

Dopo tre mesi dal primo caso, un saluto tra applausi e foto di rito per l'ultimo paziente affetto

- **DISILLUSIONE**

Si allenta il senso di comunità. Si intensificano i sintomi connessi allo stress post – traumatico.

- **RICOSTRUZIONE**
(si ricomincia)



STRESS TRAUMATICO SECONDARIO, COMPASSION FATIGUE E BURN OUT NELLE PROFESSIONI SANITARIE: COSA SONO E COME DIFENDERCI

La *compassion fatigue* (letteralmente “la fatica compassionevole”) è una condizione caratterizzata da una graduale diminuzione progressiva nel tempo del desiderio di prendersi cura, ovvero della compassione.

una vera e propria sindrome, comune tra quei professionisti che lavorano a stretto contatto con le vittime di disastri, traumi o malattie, come il settore sanitario, che insorge acuta e improvvisa, che può essere scatenata anche da una sola esperienza percepita come particolarmente critica dalla persona che ne è colpita.

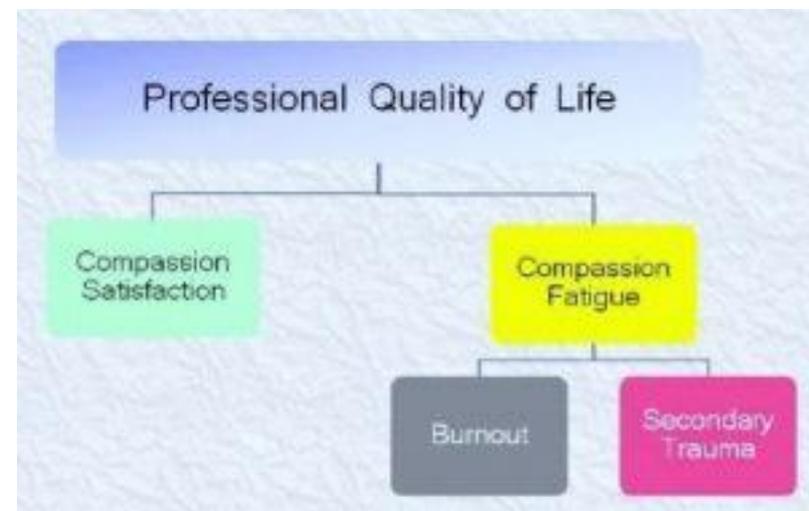
La *compassion fatigue* come “costo della cura” come se fosse “il prezzo emotivo da pagare” per coloro che si prendono cura degli altri.

Ma la fatica associata all’aiuto comporta non solo effetti negativi ma anche una *pars costruens*, situata agli antipodi lungo questo spettro del livello di soddisfazione lavorativa, chiamato *compassion satisfaction*.

È curioso osservare come spesso i medesimi fattori di motivazione che possono produrre soddisfazione in un professionista sanitario (e non), in termini di impegno e successo o gratitudine da parte dei propri assistiti, possono improvvisamente tramutarsi nella fonte del malessere.

COMPASSION FATIGUE NELLE PROFESSIONI SANITARIE

Incidenza tra OS dal 16% all'85% a seconda del settore specialistico ma anche del complesso e della realtà in cui si opera.

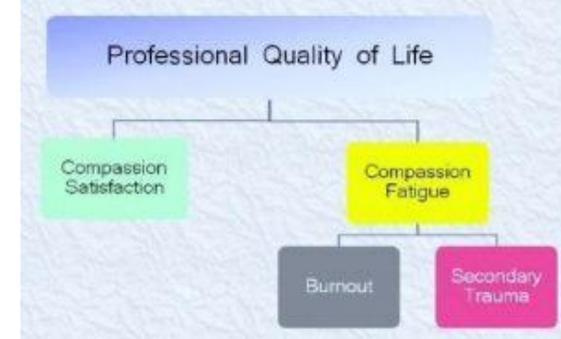


La fatica può manifestarsi in diverse forme, sentimenti e comportamenti:

- 1) disperazione per le conseguenze sulla persona assistita,
- 2) diminuzione delle sensazioni di piacere e della soddisfazione che un tempo si provava per la propria professione,
- 3) stress e ansia costanti per l'accumulo di lavoro e dell'impegno che viene ora percepito insostenibile,
- 4) insonnia o incubi e un atteggiamento negativo pervasivo che può portare a nervosismo, irritazione nei confronti delle persone che ci circondano, contribuendo a isolamento e chiusura emotiva.

OSSERVATA SOPRATTUTTO IN QUESTA II FASE NEI «VETERANS» COME PRIMI SINTOMI ALL'ATTO DI RICOMINCIARE AD OCCUPARSENE(Piccoli)

DALLA COMPASSION FATIGUE AL TRAUMATISMO SECONDARIO O TRAUMA VICARIO NELLE PROFESSIONI SANITARIE



I segni della CF possono sfociare nel **trauma vicario**.

- **Condizione di forte carico emotivo e impegno percepito nella cura nascono in questo caso da un trauma subito da un'altro individuo, in seguito al tentativo di supportarlo.**

- Segni STS: pensieri intrusivi e perdita del senso di prospettiva su pericoli e benefici, sbilanciando il focus percepito verso i pericoli.

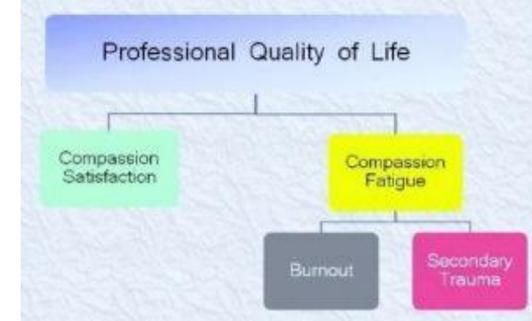
- Conseguenze: tendenza ad evitare qualsiasi situazione che possa ricordare o mettere nella condizione di ripercorrere con la mente quell'evento traumatico, (troppo doloroso da sopportare a livello psicologico).

- Impatto su OS e organizzazione: il peso emotivo dell'assistenza risulta particolarmente insostenibile per la persona con STS, sul punto di crollare.

Del trauma difficilmente si riesce a parlare, e le sfide della medicina e sanità narrativa è proprio quella di svelare la parte profonda attraverso il processo catartico delle parole.

E' IL GERME DEL BURN IN, OSSERVATA NELLA I FASE MA SOPRATTUTO IN QUESTA II FASE NEI «VETERANS» COME PRIMI SINTOMI ALL'ATTO DI RICOMINCIARE AD OCCUPARSENE (Piccoli)

DALLA COMPASSION FATIGUE AL BURN OUT NELLE PROFESSIONI SANITARIE

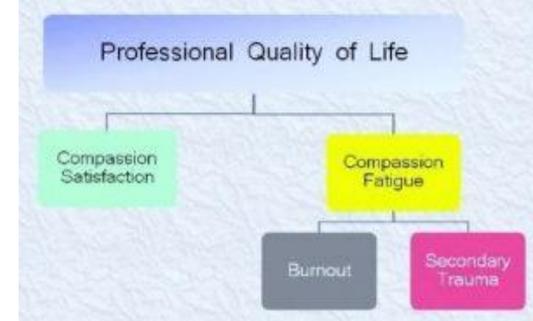


Il *burnout* ulteriore forma di compassion fatigue (Beck 2011; Ricard 2015), tra le più gravi e drastiche conseguenze della scarsa qualità di vita professionale nelle professioni d'aiuto, e comporta una totale perdita d'interesse nei confronti delle persone a cui il professionista dovrebbe rivolgere le proprie attenzioni e cure.

QUINDI IMPORTANZA DELLA VALUTAZIONE DELLA DISSONANZA EMOTIVA SCATURITA DAL TRAUMA → BASE DEL BURN IN, OSSERVATA NELLA I FASE MA SOPRATTUTO IN QUESTA II FASE NEI «VETERANS» COME PRIMI SINTOMI ALL'ATTO DI RICOMINCIARE AD OCCUPARSENE (Piccoli)

DIFFERENZE TRA COMPASSION FATIGUE E BURN OUT NELLE PROFESSIONI SANITARIE

Status sovrapponibili sotto molti punti di vista,



	compassion fatigue	burnout
CAUSE PREVALENTI	esposizione a specifici problemi dei pazienti come i traumi.	cattiva gestione e disorganizzazione reiterata nel tempo delle strutture e degli enti presso il quale si presta servizio
MODALITA' DI INSORGENZA DEI SEGNI DI SOFFERENZA	sentimento che scaturisce immediato e acuto	processo più progressivo e graduale.
QUALI LAVORATORI NE POSSONO SOFFRIRE	particolarmente caratterizzante delle professioni d'aiuto, che operano a stretto contatto con persone che hanno vissuto eventi traumatici.	Può colpire professionisti di qualsiasi ambito professionale, dove la ripetizione è ossessiva, ed ha anche a che fare con l'alienazione del tipo di lavoro,
PSICODINAMICAMENTE		

Dall'analisi dei cluster evidenziato quattro distinti profili di rischio di burnout:

- basso burnout (40%),
- medio rischio (30% del campione; medici che avevano livelli relativamente alti di esaurimento emotivo ma spersonalizzazione e realizzazione personale media),
- alto rischio (25%; caratterizzato da livelli moderati di esaurimento emotivo e spersonalizzazione ma livelli molto bassi di realizzazione personale .) e
- alto burnout (5%).

Gruppo High Burnout → minore resilienza e minore strategia di coping orientata al compito CISS rispetto al gruppo a rischio medio e una prospettiva IU superiore rispetto al gruppo Low Burnout.

Dall'analisi di regressione confermano

Lo stile CISS Emotion-oriented ha predetto positivamente l'esaurimento emotivo MBI,

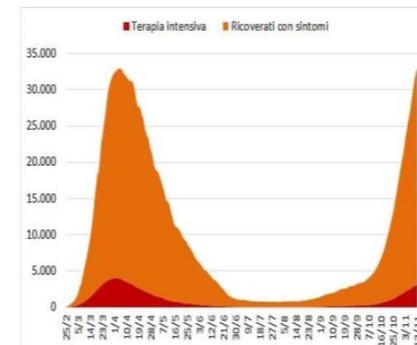
CISS Task-oriented e Emotion-oriented sono emersi come predittori significativi (rispettivamente negativamente e positivamente) della **depersonalizzazione** dell'MBI e la resilienza ha predetto positivamente il raggiungimento dell'MBI Personal Realisation.

I risultati hanno mostrato che L'implementazione della gestione dei problemi orientata al compito, piuttosto che delle strategie emotive, sembra proteggere dal burnout in condizioni di pandemia.

Psychol., 02 ottobre 2020 | <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.567201>



-Maslach Burnout Inventory (MBI),
-Resilience Scale,
Intolerance of
-Uncertainty Scale
Short Form (IU) e
-Coping Inventory
for Stressful
Situations (CISS).



Prime indicazioni per prevenire «la spersonalizzazione» (per affrontare the next normal) durante l'emergenza pandemica



In una situazione altamente stressante come l'emergenza COVID-19, l'enfasi su **un'azione orientata al compito, la pianificazione e la risoluzione dei problemi**, piuttosto che una strategia orientata alle emozioni, sembra essere un modo più efficace per fornire assistenza senza spersonalizzazione.

La spersonalizzazione è l'unica variabile correlata all'età e agli anni di esperienza lavorativa ([Lim et al., 2010](#)),

Un periodo più lungo di esposizione alla sofferenza tende a generare una maggiore spersonalizzazione.

La variabile degli anni di lavoro è risultata avere le correlazioni positive più significative con il burnout ([Iglesias et al., 2010](#)).

ANDAMENTO DELLE CONSEGUENZE PSICHICHE SECONDO LE FASI DELL'EMERGENZA PANDEMICA:

- **Vicini al picco dei contagi** → prevalenti alti livelli di sintomi di PTSD e livelli più bassi di ansia.
- **Settimane dopo il picco di emergenza** → la sintomatologia del PTSD può essere ancora presente, possibili sintomi di ansia più frequenti.

Una percentuale significativa di partecipanti ha sperimentato sintomi psichiatrici a diversi livelli di intensità subito dopo il picco del primo focolaio di COVID-19 (cioè nella fase 2). → prevalenza del 43% per sintomi di ansia e / o PTSD di intensità da moderata a grave, che rappresenta non solo un carico emotivo significativo, ma anche un fattore di rischio per lo sviluppo di una diagnosi psichiatrica. La prevalenza combinata di sintomi da moderati a gravi di ansia e sintomi post-traumatici tra i lavoratori di prima e seconda linea raggiunge il 47,25%

- **Diversi mesi dopo l'emergenza** → Trovati i livelli più alti di ansia

ANDAMENTO DELLE CONSEGUENZE PSICHICHE SECONDO LE FASI DELL'EMERGENZA PANDEMICA:

Gli alti livelli di ansia e / o sintomi di disturbo da stress post-traumatico riscontrati potrebbero essere influenzati dall'interazione di diversi fattori, oltre alla maggiore probabilità di essere esposti al virus come professionisti sanitari.

- I_ **il tipo di ambiente di lavoro** impatta sullo stressor cronico (RSA VS OSPEDALI ecc) (grado di coinvolgimento emotivo del personale rispetto agli utenti).
- II_ **dall'età della popolazione** di alcune istituzioni (es RSA) che è a maggior rischio di contrarre e subire le conseguenze più gravi del COVID-19 rispetto alla popolazione ospedaliera più eterogenea.

(ad es. la prolungata esperienza nell'assistenza a persone gravemente ammalate, potrebbe aver intensificato la risposta emotiva alla pandemia di tutti i lavoratori negli RSA).

- III_, **la posizione geografica** nei quali gli studi Italiani hanno effettuato le valutazioni potrebbero aver giocato un ruolo nell'influenzare il livello dei sintomi psichiatrici (per intensità dello stress)

CoViD-19 e stress da pandemia: “l’integrità mentale non ha alcun rapporto con la statistica”

Riv Psichiatr 2020; 55(3): 131-136 M BIONDI, A IANNITELLI

SDP condizione del tutto nuova

Causato da uno stato di stress perdurante e di una miscela di stress non convenzionale, che non colpisce solo il presente ma dissesta il futuro (“**furto del futuro**”), IMMOBILIZZATI NEL PRESENTE

Non si tratterebbe, infatti, di un disturbo da stress post-traumatico, che invece sembrerebbe essere presente prima dell’insorgenza della CoViD-19.

E’ uno stress individuale comunitario, “non convenzionale”, sospeso, subacuto, persistente, di una situazione stressante perdurante e perturbante, che può evolvere in modi subdoli (AD ESEMPIO ADESSO IN CORSO DI SECONDO PICCO) e che si sviluppa attraverso diverse fasi, passando da uno stress acuto (allarme) a un successivo stress cronico, caratterizzato dallo sforzo di adattamento al rischio mortale di contagio che comporta, da una parte, uno sforzo psicosociale (individuale, istituzionale) per resistere nella condizione di fatica del lavoro e lockdown e, dall’altra, uno sforzo in primo luogo nella gestione dei danni e, successivamente, nella ricostruzione.

CoViD-19 e stress da pandemia: “l’integrità mentale non ha alcun rapporto con la statistica”

Riv Psichiatr 2020; 55(3): 131-136 M BIONDI1, A IANNITELLI

Quali rimedi (avrebbero dovuto) per gli operatori della I fase:

- 1) accettare l’esperienza di stress severo;
- 2) rispettare i bisogni di base (riposo, nutrirsi di cibi salutari, fare attività fisica);
- 3) evitare strategie di coping errate (fumo, alcol, sostanze d’abuso); utilizzare strategie di coping che hanno funzionato in altre situazioni di crisi;
- 4) mantenere i contatti sociali fisicamente o attraverso i social media;
- 5) ridurre le risposte emotive eccessive; chiedere aiuto se lo stress è eccessivo; mantenere la rotta o costruirne di nuove.

LA PLASTICITÀ ADATTATIVA: UNA GRANDE RISORSA UMANA PER LE FASI SUCCESSIVE E PER «THE NEXT NORMAL»

Superata la prima fase, siamo entrati nella seconda e nella terza (e....) che ha una durata variabile tra i 6 e i 24 mesi.

Il rimedio in questa fase si ritrova nella plasticità adattativa, una proprietà vitale della mente dell'uomo.

. La sopravvivenza è stata possibile proprio grazie alla plasticità adattativa, funzione caratterizzata da

- capacità innate, quali elasticità, flessibilità, resilienza, creatività, resistenza, adattabilità, speranza, capacità di affiliazione e
- comportamenti pro-sociali, senso della propria storia, ricerca di significato, senso di appartenenza, progettualità, impegno, inventiva, fede.

La risposta di stress, in questa fase, e le sue conseguenze sul piano fisico e psichico dipendono dal rapporto tra la percezione della minaccia e quella di un possibile suo controllo.

Se la percezione della minaccia è molto alta e la percezione di possibilità di controllo è bassa, avremo un alto livello di stress con ricadute sulla salute particolarmente gravi;

se, invece, la percezione della minaccia è bassa e il controllo è sufficientemente adeguato, avremo una condizione di basso livello di stress.

Quindi per la prevenzione e gestione della stress lavoro COVDI correlato in queste fasi e nelle successive:

- sviluppare e migliorare le tecniche di coping,
- sviluppare pensieri e comportamenti per affrontare e superare la criticità,
- mantenere la rete relazionale della persona e della comunità, e il supporto sociale
- promuovere e sviluppare la resilienza individuale e dell'istituzione
- promuovere l'autoaiuto tra pari

È importante sottolineare che, nel picco di una pandemia, non sono raccomandati interventi come il debriefing psicologico, il debriefing sullo stress da incidenti critici o qualsiasi altro intervento a sessione singola che induri il personale a parlare dei propri pensieri o sentimenti. Detto questo, la consapevolezza compassionevole e sensibile dell'impatto dell'assistenza critica sugli operatori sanitari può essere utilizzata per facilitare un sostegno uno VERSO uno, se quella persona lo desidera.

Psychological intervention and COVID-19: what we know so far and what we can do (a inizi e dopo I fase)

- Dopo le fasi più traumatiche **la letteratura sottolinea l'importanza di non avviare trattamenti psicologici formali rapidamente e senza un'attenta valutazione, compreso il monitoraggio attivo.**
- **Anche se ben intenzionato, intervenire nei meccanismi naturali di coping dell'individuo troppo presto può essere dannoso.**
- Questi interventi possono essere inefficaci o addirittura aumentare la probabilità di sviluppare PTSD (NICE, 2018).
- Attenzione particolare deve anche essere prestata a: potenziale di "ri-traumatizzazione" delle presentazioni di PTSD in cui le terapie incentrate sui traumi sono implementate senza adeguati quadri e strutture psicoterapeutiche (Duckworth & Follette, 2012);
- Attenzione anche ad eseguire interventi per coloro che si sono ripresi da COVID-19 che stigmatizzano o bloccano l'accesso alla nuova identità funzionale come sopravvissuti della pandemia (Muldoon et al., 2019)..

Psychological intervention and COVID-19: what we know so far and what we can do.)

RISCHIO DELLA TRAUMATIZZAZIONE SECONADRIA O RI TRAUMATIZZAZIONE

Qualsiasi intervento dovrebbe basarsi su una valutazione approfondita dei possibili fattori di rischio che possono mantenere il problema,

- lo stato precedente di salute mentale dell'OS,
- la storia del lutto,
- la presenza di una storia di autolesionismo o comportamenti suicidi sia nel paziente che nella sua famiglia,
- contesto socio-economico dell'operatore.

E per le istituzioni sanitarie? Quale grado di resilienza

linee guida dell'organizzazione per far fronte alla fatica da pandemia.

Si tratta di 4 strategie chiave (ISO 9001!!!):

- Capire e ascoltare le persone: per azioni e comunicazioni ben mirate ed efficaci.
- Coinvolgere le persone come parte della soluzione
- Aiutare le persone a ridurre i rischi (Risk plan)
- Analisi delle difficoltà individuali e dei gruppi

Vengono anche stabiliti 5 principi tra loro correlati da seguire per ogni iniziativa, politica o comunicazione:

- trasparenza,
- correttezza,
- coerenza,
- coordinamento,
- prevedibilità.

Possiamo quindi inserirle nella nostra strategia di prevenzione della fatica della pandemia per i nostri OS?

Ad esempio ricorrendo al concetto norvegese di **DUGNAD**, il mutuo sostegno tra individui per aiutarsi o per aiutare la comunità, una forma di resilienza di gruppo da promuovere la prevenzione dal danno da fatica cronica .

Pandemic fatigue
Reinvigorating the public to prevent COVID-19



Policy framework for supporting pandemic prevention and management

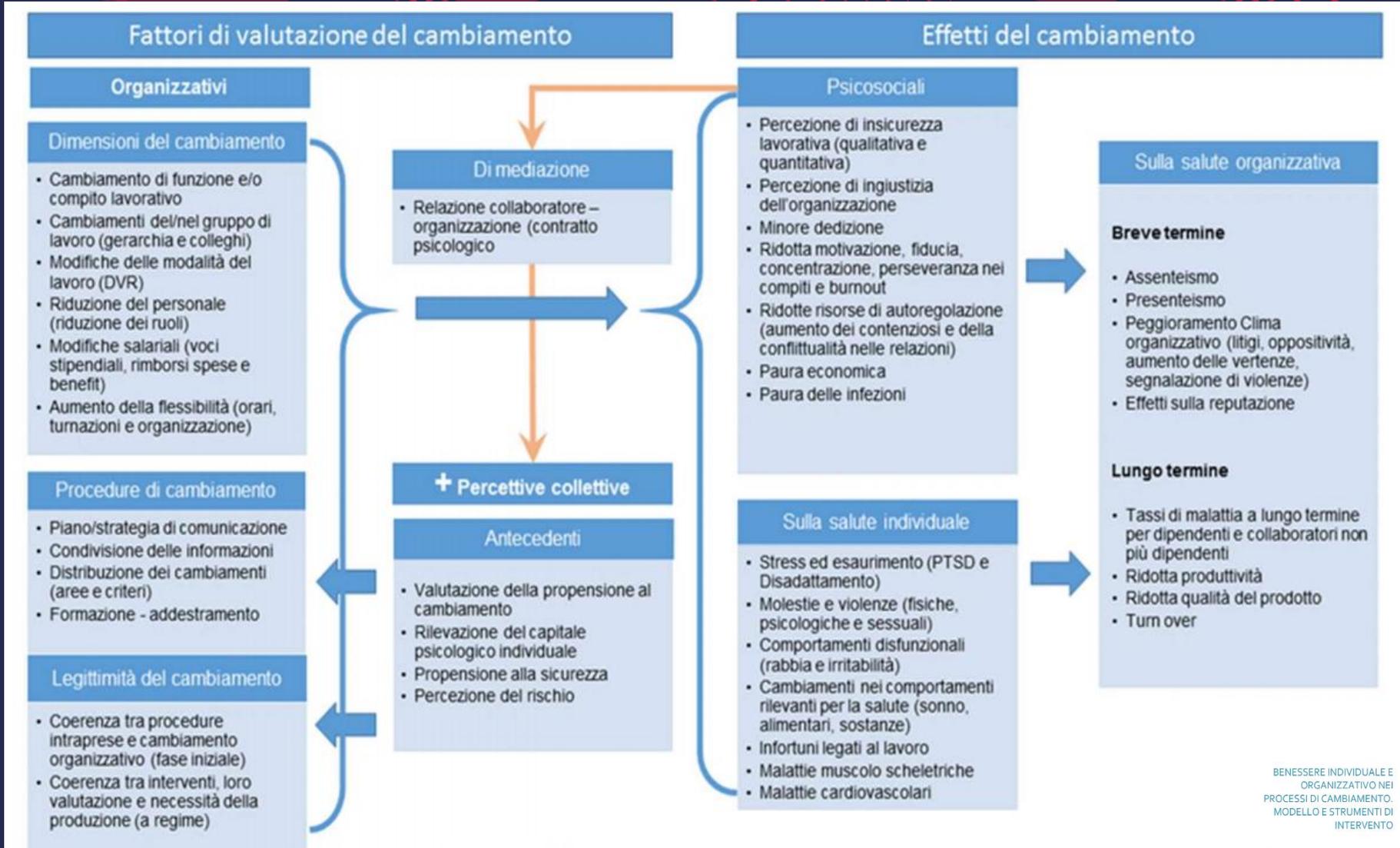


Come possiamo valutare, prevenire e gestire e preparare al «The next normal» per il benessere individuale e organizzativo

Il NS progetto incorpora:

- Analisi del contesto
- Esperienze preesistenti (competenza specifica e rappresentatività: Clinica, gestionale di supporto, Analisi)
- Esperienze dirette sul campo e in prima linea (Integrazione delle conoscenze)
- Modelli più recenti proposti

Il modello proposto è una revisione di quello presentato nel rapporto HIRES (2011). Utile per l'analisi del stato di attuazione dei cambiamenti nell'azienda



Come attuare il modello? Ma come in questa fase e per le successive? LIMITI

- A) Il modello proposto risulta UTILE per il Datore di lavoro e i suoi collaboratori (RSPP, MC ed Esperto), comprese le persone coinvolte nella gestione delle risorse umane, sia per i consulenti che, sempre in qualità di esperti, possono esser chiamati ad affiancare le figure deputate alla tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (utili gli allegati).
- B) E' stato strutturato con le conoscenze della prima e seconda fase E NON DI QUELLA IN CORSO (non ancora riconosciuta lo Stress da Pandemia : OMS)
- C) E' incentrato su 2 figure Medico Competente e Psicologo del lavoro (gap)
- D) Ripercorre il Modello INAIL e sbilanciato sui dati «oggettivi»

Mancano indicatori specifici per OS colpiti (direttamente o indirettamente da Trauma COVID)

C) Non focalizza appieno sugli strumenti di prevenzione da accrescere (competenze skill del leader sul campo specialmente nel caso degli OS che non hanno tempo di pensare ai propri sentimenti/emozioni mentre stanno faticando)

D) Non tiene pienamente da conto (ma non era nel focus della proposta) della ridotta numerosità dei lavoratori OS (e di come stanno adesso che comunque devono lavorare) rispetto alle esigenze e del suo aver doppio problema: Stress lavoro correlato covid e stress da pandemia perché nello stesso tempo è operatore e soggetto sociale).

E) SOTTINTENDE ALL'IMPORTANZA DELLO STILE DI COPING/FRONTEGGIAMENTO E DI QUELLA CHE VIENE DEFINITA RESILIENZA INDIVIDUALE ORGANIZZATIVA

Ma per OS cosa proporre in un tema dedicato nel triage psicologico tra pari? Li abbiamo valutati? **Negoziazione della crisi**

1. Protocollo delle 3 A (fasi) *Attend* (*Ascoltare*) *Assess* (*Valutare, Giustificare*), *Address*: *Orientare, proporre*

1. Attend: Ascoltare

- Preliminare
- Necessario osservazione/conoscenza del contesto in cui si trova quel soggetto (e non il gruppo) → per sostenere il proprio sistema motivazionale e di autoaiuto

Inserire nella DVR Stress:

- Indicatori di competenza ad HOC per Leader dello Stress
- Analisi preesistente del contesto
- Simulate su contesti possibili e problemi possibili

Ma per OS cosa proporre in un tema dedicato nel triage psicologico tra pari? preesistenti? Li abbiamo valutati? Negoziazione della crisi

Protocollo delle 3 A (fasi)

1.Attend: Ascoltare

2.Assess. Valutare, Giustificare

Richiede:

Analisi/conoscenza delle motivazioni intrinseche

Capacità «rispecchiante» ed empatica con l'OS (senso di appartenenza)

Inserire nella DVR Stress:

- Indicatori di competenza ad HOC per Leader dello Stress
- Analisi stile di coping e resilienza
- Simulare su contesti possibili e problemi possibili

Ma per OS cosa proporre in un tema dedicato nel triage psicologico tra pari? preesistenti? Li abbiamo valutati? Negoziazione della crisi

Protocollo delle 3 A (fasi)

1. Attend: Ascoltare
2. Assess. Valutare, Giustificare
3. Address: Orientare, proporre

Dalla informazioni raccoltesi orienta il soggetto agendo su motivazioni intrinseche

In questa fase la competenza sulla comunicazione è focale (rischio di messaggi contrastanti)

Inserire nella DVR Stress:

- Indicatori di competenza ad HOC per Leader dello Stress
- Analisi preesistente del contesto stress correlato al COVID
- Analisi stile di comunicazione, ascolto organizzativo, coping e resilienza
- Simulare su contesti possibili e problemi possibili

Quindi non basta... ERRORI DA EVITARE PER THE NEXT NORMAL DVR STRESS

- Considerare la valutazione dello stress correlato al lavoro nel periodo COVID come gli altri rischi tecnici (GAP rispetto alla periodo pandemico)
- L'uso di strumenti non standardizzati e solo oggettivi e/o seguire linee guida senza una valutazione del reale contesto aziendale
- Non seguire le indicazioni del documento OMS per stress da pandemia (ascolto, coinvolgimento, ritorno dai OS)
- Nascondere i problemi presenti nell'azienda

PER UNA PREVENZIONE ATTUALIZZATA DELLO STRESS LAVORO CORRELATO E LA STESURA DEL DVR STRESS:

- PRIORITY,
- FOCUS,
- «LESS BUT EVER»,
- THINK NEXT NORMAL

(A. Piccoli)

PRIORITY, FOCUS, «LESS BUT EVER», THINK NEXT NORMAL

(A. Piccoli) Per la stesura del DVR stress

- Criteri e metodologia di valutazione adottati con Riferimenti normativi
- Gruppo di lavoro coinvolto
- Risultati della valutazione del contesto preliminare
- Analisi del pannello degli indicatori preesistenti
- Risultati dell'analisi approfondita mediante strumenti specifici
- Proposta di azioni preventive e di miglioramento (livello di stress/fatica/dissociazione)
- Monitoraggio e aggiornamento



**Valutazione dello Stress
Lavorativo durante
l’Emergenza da Pandemia
COVID-19 per gli
Operatori Sanitari,
direttamente e non
direttamente coinvolti.**

**Analisi dello stato di benessere per la
prevenzione futura.**

**Aggiornamento del Documento di
Valutazione dei Rischi .**

dott. **ALFONSO PICCOLI**

IL

PROGETTO

Il presente progetto ha l'obiettivo di una analisi dei segnali del disagio che si è determinato durante l'emergenza da COVID 19 e che sta continuando sotto traccia con effetti evidenti sulla salute, o in altre parole, sul benessere fisico, psicologico e sociale del personale sanitario. Nell'analisi di questo contesto verranno strutturati protocolli ed azioni per proteggere dal rischio stress lavoro-correlato il personale sanitario in modo da poter prevenirne gli effetti più pesanti.

Questo progetto si compone di diverse fasi:

1. Analisi della domanda e calibrazione delle azioni in funzione della specificità della committenza (effettuata una calibrazione dell'indagine in funzione della reale situazione).
2. Strutturazione della rilevazione e somministrazione dei questionari / Formazione di base
3. Analisi statistica e commento dei questionari
4. Colloquio di restituzione alla committenza
5. Formazione/Supporto specifico

2. STRUTTURAZIONE DELLA RILEVAZIONE E DEI QUESTIONARI FORMAZIONE DI BASE (1)

Questa fase prevede l'erogazione dei questionari anonimi e l'accesso alla formazione di base effettuata mediante formazione FAD (della durata di ore da concordare ma minimo 4 ore sino ad un massimo di 6-8 ore).

I dipendenti dell'azienda committente, saranno invitati, attraverso mailing, a partecipare al progetto.

Definite modalità e metodo durante l'incontro di pianificazione.

Il partecipante invitato avrà accesso tramite un link, a una piattaforma dove avrà la possibilità, in forma anonima di eseguire la prima intervista che sarà descrittiva e a domande aperte.

In seguito l'utente potrà accedere ai 3 questionari successivi strutturati a risposta multipla.

Al termine della compilazione dei questionari il partecipante potrà effettuare la registrazione alla formazione di base FAD (a scelta se fare anche accreditamento ECM).



STRUTTURAZIONE DELLA RILEVAZIONE E DEI QUESTIONARI FORMAZIONE DI BASE (2)

Dopo aver effettuato la registrazione alla formazione di base FAD, il partecipante avrà accesso alla didattica della formazione e quindi:

- ✓ Accedere alle informazioni specifiche (CV relatori, etc.)
- ✓ Visionare i 5 moduli di video lezione (indicizzati con slide scaricabili)
- ✓ Accedere alla sessione approfondimenti
- ✓ Se richiesto Accedere alle procedure ECM per il rilascio crediti (questionari e valutazioni)



La formazione parte proprio dalla compilazione dei questionari

- 1) sull'utilizzo delle **strategie di coping** cioè meccanismi di adattamento e di risposta che una persona può adottare quando si trova in condizioni di stress di varia natura e/o particolarmente conflittuali),
- 2) sul **controllo emotivo** (nel nostro quotidiano si verificano eventi che ci condizionano e che sfuggono al nostro controllo. Il modo in cui reagiamo a queste difficoltà può garantire una migliore o peggiore qualità di vita),
- 3) sulla **resilienza** (la capacità di reagire e persistere di fronte a traumi), **i sintomi dissociativi post-trauma** (sono caratterizzati da una mancata integrazione tra coscienza, pensieri, identità, memoria, rappresentazione corporea e comportamento).

I dati raccolti verranno elaborati dagli Psicologi del lavoro e rinviati alla vostra azienda nell'ambito del documento di valutazione dei rischi.

Se dall'elaborazione dei dati ottenuti dai questionari dovessero emergere delle situazioni che indicano la presenza di un rischio stress -lavoro correlato medio-alto o di situazioni particolarmente rilevanti siamo a disposizione per analisi specifica sul campo dei casi in oggetto.

I questionari, nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali, sono anonimi e quindi i risultati saranno raggruppati per settore o reparto.



Il percorso permette di:

- Integrare quanto già effettuato con la valutazione stress lavoro correlato eseguito dalla Struttura/Azienda secondo il Modello INAIL ("Metodologia per la valutazione e gestione del rischio stress lavoro - correlato" INAIL 2017")
- Integrare le conoscenze su quanto noto per la gestione delle stress ma soprattutto del trauma negli Operatori Sanitari mentre sta accadendo
- Confrontarsi sulle cause specifiche dello stress determinato dal trauma pandemia
- Valutare le diverse capacità di fronteggiamento esse in atto (coping) al fine di evidenziare ciò che ha protetto rispetto a ciò che può risultare disfunzionale
- Valutare segnali di stress “strutturatosi” e disagio meritevole di gestione e trattamento
- Valutare cosa è cambiato negli aspetti organizzativi e lavorativi
- Determinare cosa integrare negli strumenti di valutazione dello stress correlato al lavoro e di situazioni traumatiche e di inserire set specifici di indicatori di esito per personale direttamente o indirettamente coinvolto in situazioni simili
- Integrare le competenze di auto aiuto tra colleghi, self care e di gestione da parte della leadership



ANALISI STATISTICA E COMMENTO DEI QUESTIONARI

Una volta conclusa la fase di compilazione dei questionari ed in contemporanea con la formazione di base FAD, verrà effettuata l'analisi statistica dei risultati.

- Tale analisi prevista solo per i 3 questionari a risposta multipla e comprende:
- ✓ revisione e valutazione delle metodiche statistiche adottate per l'analisi dei dati raccolti;
 - ✓ definizione delle variabili di risposta, preparazione del dataset e realizzazione delle analisi statistiche
 - ✓ report comprensivo di statistiche descrittive, grafici e tabelle dei risultati



COLLOQUIO DI RESTITUZIONE ALLA COMMITTENZA

L'analisi verrà interpretata da un team di esperti coordinato dal dott. Alfonso Piccoli al fine di effettuare:

- valutazione dettagliata specifica e settoriale dell'esposizione al rischio di stress lavoro-correlato e al trauma "covid correlato";
- indicazioni sulle possibili strategie di intervento per il fronteggiamento del fenomeno da parte dell'azienda in termini formativi e/o organizzativi con indicazioni per aggiornamento parte dedicata sul documento valutazione dei rischi

E' previsto un incontro con la committenza in cui verranno esposti i risultati aziendale e verrà effettuata una definizione dell'eventuale attività formativa specifica del personale

Potrebbe essere ipotizzato uno o più incontro in webconference.

FORMAZIONE

SPECIFICA

In seguito al colloquio corso durante il colloquio con la committenza potranno essere strutturati eventi specifici indirizzati a gruppi selezionati di utenti attraverso metodologia residenziale, webinar (FAD sincrona) o webconference.

Questa fase dovrà essere perfezionata in una fase successiva.

Per gli operatori più severamente colpiti si effettuerà una consulenza/sostegno strutturata nel periodo di analisi osservazione mediante:

- Video consulenza
- Intervista semistrutturata + testistica e restituzione e sostegno
- Intervento sul campo per situazioni particolari e/o di gruppo

FORMAZIONE

Questo livello di intervento più strutturato si traduce in un ascolto volto primariamente a ristabilire il funzionamento precedente, senza voler risolvere compromissioni precedenti all'emergenza.

Pertanto l'obiettivo dell'intervento è di:

- ❖ Comprendere al meglio la domanda espressa e quindi valutare un intervento situazione-specifico individuale o di gruppo
- ❖ Mitigare il livello di stress
- ❖ Ridurre l'eventuale impatto emotivo
- ❖ Intervenire su riconoscimento e valorizzazione delle risorse individuali e collettive.

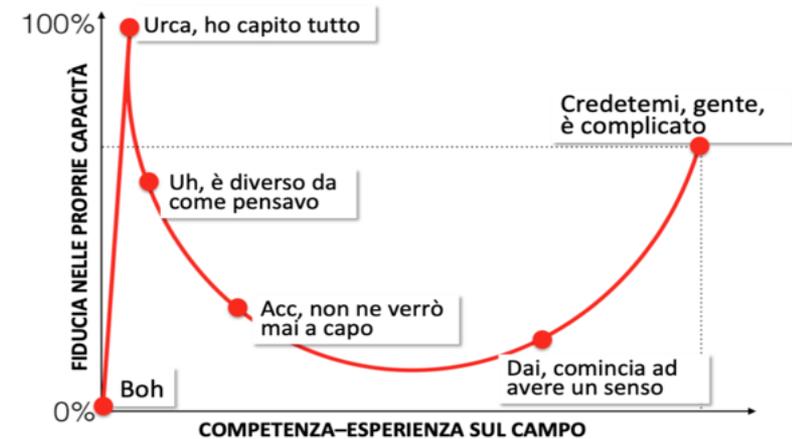
Anche i risultati di questi interventi possono entrare nella statistica e nel cruscotto del DVR Stress

Come ci prepariamo per «the next normal»

Alla base di ciò vi è l'accelerazione della velocità attraverso nuovi modi di lavorare

L'EFFETTO DUNNING-KRUGER È UN [BIAS COGNITIVO](#): UNA DELLE TANTE DISTORSIONI DELLA CAPACITÀ DI VALUTARE O DECIDERE CHE DERIVANO DA PROCESSI MENTALI FRETTOLOSI E BASATI SU PREGIUDIZI, FRAINTENDIMENTI O DATI INADEGUATI.

EFFETTO DUNNING-KRUGER



Continuando a rimuovere confini e silos in modi che nessuno pensava fosse possibile

Il processo decisionale è accelerato quando tagliamo il "BS": prendiamo decisioni in una riunione, limitiamo i gruppi a non più di 9, (bandire PowerPoint!)

Continuando ad aumentare il tempo in connessione diretta con i team, ripristinando il ruolo e dando energia ai nostri responsabili (rivedere le skill dei leader)

Continuando ad adottare la nuova tecnologia dall'oggi al domani, non i soliti anni

Mettendo nei team le nostre persone migliori sui problemi più difficili (the new expert) - se non riescono a risolverli nessuno può



Nazioni
Unite

Centro Regionale di
Informazione delle Nazioni
Unite

UN WEB TV

Ricerca...

RICERCA

A-Z Indice del sito

Home

ONU

Segretario Generale

Informazioni

Agenda 2030

Carriere

Il 2021 è stato dichiarato l'Anno Internazionale degli Operatori Sanitari e Assistenziali



Attualità



A dicembre si terrà Sessione Speciale dell'Assemblea Generale sulla pandemia da...

13 Novembre, 2020



Preoccupazione dell'ONU sulle tensioni etniche in Etiopia

13 Novembre, 2020



Il 2021 è stato dichiarato l'Anno Internazionale degli Operatori...

12 Novembre, 2020



Via i mercenari dal Nagorno Karabakh, chiedono esperti ONU

12 Novembre, 2020



COVID-19 - L'OMS lancia una nuova piattaforma su azione...

11 Novembre, 2020



Gli Stati Membri della 73esima Assemblea Mondiale della Sanità, riconoscendo la dedizione ed il sacrificio di milioni di operatori sanitari e assistenziali nel combattere la pandemia da COVID-19, hanno dichiarato all'unanimità che il 2021 sarà l'Anno Internazionale degli Operatori Sanitari e Assistenziali.

Gli Stati Membri hanno unanimemente sottolineato il ruolo critico degli operatori sanitari nell'assicurare la prosperità e la salute di tutti. Hanno inoltre evidenziato l'urgenza e la necessità di risolvere le persistenti sfide che devono fronteggiare coloro che lavorano in quest'ambito.

Jim Campbell, Direttore del Dipartimento del personale sanitario nel quartier generale dell'OMS, ha dichiarato:

“La decisione odierna fornisce indicazioni chiare sul consenso e sulle azioni necessarie per il personale sanitario e assistenziale. L'OMS **esorta tutti gli Stati membri, le istituzioni finanziarie internazionali, le iniziative sanitarie globali e i partner a investire nella preparazione, istruzione e formazione del personale sanitario per gestire la pandemia, mantenere i servizi sanitari e prepararsi per un vaccino COVID-19**”.

Grazie per l'attenzione

Per informazioni: Dott. Alfonso Piccoli 3385704132; piccolialfonso@gmail.com

Responsabile Scientifico. Medico Internista, Psicoterapeuta; Responsabile UO Medicina Interna Istituto Clinico San Rocco. Responsabile del Reparto COVID dell'Istituto Clinico San Rocco nel periodo pandemia. Docente e Tutor Scuola di Specializzazione in Psicoterapia (Brescia). Riconosciuto dal MIUR. Iscritto Albo Esperti Agenas (per le aree: ; 3.Comunicazione; 4.Clinico/ Organizzativa/Epidemiologica/Sociale; 6.Trasparenza ed integrità dei servizi sanitari). Leadauditor e Auditor qualificato.

