



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea Triennale in Infermieristica

**RILEVAZIONE DEI BISOGNI DEL
PERSONALE INFERMIERISTICO DURANTE
LA PANDEMIA COVID-19.
UNO STUDIO SPERIMENTALE.**

Relatore:

**Dott.ssa Valentina
Simonetti**

Tesi di Laurea di:

Beatrice Gullo

A.A. 2020/2021

Sommario

| | |
|--|-----------|
| ABSTRACT | 4 |
| INTRODUZIONE | 1 |
| OBIETTIVO | 5 |
| CAPITOLO 1. MATERIALI E METODI | 6 |
| 1.1 DISEGNO DI RICERCA..... | 6 |
| 1.2 CAMPIONE E CAMPIONAMENTO | 7 |
| 1.3 CRITERI DI RECLUTAMENTO | 7 |
| 1.4 Criteri di inclusione | 8 |
| 1.5 Criteri di esclusione | 8 |
| 1.6 RACCOLTA DATI..... | 8 |
| 1.7 METODI DI ANALISI STATISTICA | 11 |
| 1.8 CONSIDERAZIONI ETICHE..... | 11 |
| CAPITOLO 2. RISULTATI | 13 |
| 2.1 TEMA 1: ORGOGLIO E APPARTENENZA | 18 |
| 2.1.1 Sottocategoria 1: Differenza di riconoscimento sociale tra prima, seconda e terza ondata..... | 18 |
| 2.1.2 Sottocategoria 2: Come è cambiata in meglio la figura dell’infermiere? Infermiere visto come figura autonoma e non più subordinata. | 19 |
| 2.1.3 Sottocategoria 3: Come è cambiata in peggio la figura dell’infermiere? Infermiere da “eroe” a “untore”, fino a “cospiratore” | 20 |
| 2.1.4 Sottocategoria 4: Infermiere “eroe”, “missionario”, con “vocazione” o “professionista?” | 21 |
| 2.1.5 Sottocategoria 5: Mancato riconoscimento economico e confronto con altri Paesi..... | 22 |
| 2.2 TEMA 2: INCERTEZZA | 26 |
| 2.2.1 Sottocategoria 1: Incertezza come conseguenza di un evento improvviso. ... | 26 |
| 2.2.2 Sottocategoria 2: Incertezza per la Sicurezza dei DPI (e risvolti negativi dei DPI) | 28 |
| 2.2.3 Sottocategoria 3: Incertezza per la Vestizione e Svestizione (e conseguente importanza del gruppo)..... | 30 |
| 2.2.4 Sottocategoria 4: Incertezza relativa al Vaccino. | 32 |
| 2.2.5 Sottocategoria 5: Incertezza riguardo percorsi, protocolli e strutture. | 33 |

| | |
|---|-----------|
| 2.3 TEMA 3: PAURA | 37 |
| 2.3.1 Sottocategoria 1: Stati d’animo prevalenti durante la pandemia..... | 37 |
| 2.3.2 Sottocategoria 2: Paura per la famiglia. | 38 |
| 2.3.3. Sottocategoria 3: Necessità di Supporto psicologico. | 39 |
| CAPITOLO 3. DISCUSSIONI | 42 |
| BIBLIOGRAFIA | 48 |
| ALLEGATI | 51 |
| ALLEGATO 1. CONSENSO INFORMATO..... | 51 |
| ALLEGATO 2. QUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO | 52 |
| Ringraziamenti | 55 |

ABSTRACT

Obiettivo: lo scopo di questo studio era quello di descrivere e confrontare le diverse esperienze vissute dagli infermieri di Ascoli Piceno, San Benedetto del Tronto, Bologna ed Acqui Terme impegnati nella cura di pazienti SARS COV 2 positivi, con il fine di cogliere eventuali nuovi bisogni nati dall'esperienza, ed elaborare soluzioni ai problemi individuati.

Contesto: l'emergenza COVID-19 ha messo duramente alla prova il sistema sanitario: terapie intensive al collasso, turni massacranti, incertezze sui DPI e sui protocolli da applicare; paura, personale sanitario stremato. In letteratura esistono diversi studi che propongono soluzioni ai possibili problemi del personale sanitario durante la pandemia SARS COV 2, ciò che manca però è un'indagine sui bisogni percepiti dai professionisti sanitari, questi bisogni potrebbero differire da quelli ipotizzati.

Disegno dello studio: è stato utilizzato un disegno qualitativo fenomenologico ermeneutico secondo Cohen.

Materiali e metodi: per questo studio è stata condotta un'indagine qualitativa fenomenologica secondo la prospettiva ermeneutica di Cohen. Sono state condotte interviste semi-strutturate individuali con 17 infermieri che lavorano o hanno lavorato con pazienti COVID-19. Sono stati intervistati rispettivamente: 8 infermieri per l'ospedale "Mazzoni" di Ascoli Piceno (reparto: "U.O. Pronto Soccorso-Murg"; "U.O. Anestesia-Rianimazione"; "Blocco operatorio"; "U.O Chirurgia-Urologia"); 3 infermieri per l'ospedale "Madonna del soccorso" di San Benedetto del Tronto (reparto: "U.O. Pneumo-Covid"; "U.O. Pronto Soccorso") ; 1 infermieri per l'ospedale "Bellaria" di Bologna (reparto: "U.O. Terapia Intensiva"); 5 infermieri per l'ospedale "Monsignor Giovanni Galliano" di Acqui Terme (reparto: "U.O. Terapia Intensiva"). Lo studio è stato condotto nel periodo compreso tra Marzo e Settembre 2021. Tutte le interviste condotte dal vivo o per via telematica sono state registrate in audio, trascritte alla lettera, studiate

e approfondite. Una volta raggiunta la saturazione dei dati, per garantirne l'affidabilità, ai partecipanti è stato chiesto di confermare tutti i temi estratti. Nell'eventualità di incongruenze dei dati raccolti, è stato possibile ricontattare l'informatore per una seconda intervista.

Vantaggi dello studio: è stato possibile studiare da vicino le esperienze ed i vissuti degli informatori, gli stessi sono stati coinvolti direttamente nella proposta di strategie di coping in risposta alla drammaticità dell'emergenza.

Limiti dello studio: essendo stato condotto uno studio qualitativo fenomenologico non è stato possibile intervistare un campione numericamente elevato di informatori. Oltretutto, è stato irrealistico pensare di poter eliminare completamente i bias cognitivi in quanto si tratta di pregiudizi il più delle volte profondi e radicati nel pensiero umano. Tuttavia, si è cercato di ridurli il più possibile.

Risultati: sono emersi tre temi principali e tredici sottocategorie.

Discussioni: l'ipotesi di studio è stata confermata: i bisogni individuati in letteratura non erano completi, mancava il "bisogno di Stima", rilevato nel presente studio. Ne consegue che le soluzioni individuate dalle precedenti ricerche, non apportassero un concreto miglioramento in senso olistico.

Implicazioni per la gestione infermieristica: questo manoscritto fornisce ai manager infermieristici una comprensione delle esperienze personali e dei bisogni degli infermieri clinici nel loro lavoro, in particolar modo durante il periodo pandemico dato dal COVID-19. È utile per i manager infermieristici capire quelli che sono i bisogni degli infermieri, al fine di proporre soluzioni per prevenirli o, eventualmente, soddisfarli.

Parole chiave: SARS COV 2; Infermieri; bisogni; disagio psicologico; burnout; fenomenologia; Piramide di Maslow

INTRODUZIONE

“31 dicembre 2019: la Cina segnala all’OMS l’esistenza di una polmonite anomala che si diffonde celermente dall’epicentro di Wuhan, popolosa città della provincia di Hubei. Nei giorni successivi vengono individuati ben 41 casi, il focolaio è il mercato del pesce di Huanan.

Gennaio 2020: l’epidemia avanza, il mondo osserva silenzioso, si deve attendere il 9 gennaio prima che al virus venga dato un nome: è identificato con l’acronimo “2019-nCoV” (Rezza & al., 2020) denominazione che verrà però sostituita l’11 febbraio con SARS-CoV2, o “COVID-19” - Corona Virus Disease, sigla più conosciuta (Giuliani, 2020).

“22 febbraio: Adriano Trevisan, 77 anni, è la prima vittima italiana (Ferro, 2020): viene dichiarata la pandemia” (Ghebreyesus, 2020).

“Marzo 2020 la situazione precipita: i casi aumentano insieme ai decessi, il paese entra in lockdown” (Governo, 2020), il sistema sanitario è duramente messo alla prova, in data 27 marzo si raggiunge il picco di 969 morti (Il sole 24 ore, 2020), “le terapie intensive sono vicine al collasso” (Russo, 2020), il personale sanitario italiano è sfinito: a fine marzo il 49,38% degli operatori sanitari registra i primi sintomi di stress post-traumatico (PTSS) (Rossi & al., 2020).

Nonostante questi dati possano sembrare sconvolgenti, in realtà parecchi studi anteriori alla pandemia CoV2, e tra questi quello condotto da Angelina OM Chan e Chan Yiong Huak nel 2004 (Chan & Al., 2004), hanno confermato un’alta percentuale di impatti psicologici sul lavoratore ospedaliero durante o dopo un disastro di salute pubblica in occasione dello scoppio della sindrome respiratoria acuta grave (SARS). Di certo, tra le ripercussioni negative, va quantomeno accennata la privazione di sonno data da turni e reperibilità sfinenti che avrebbero comportato non solo un danno fisico, ma anche psichico e sociale. “Tale problema diviene dunque rilevante se si considera che un ulteriore studio riporta che le emozioni negative (ansia, senso di colpa e solitudine) attivano meccanismi cognitivi e si traducono in una cattiva salute auto-valutata e un’alta

probabilità di infezione auto-valutata” (Ballesio & al., 2021), percezioni che si potrebbero manifestare nella messa in scena di una sorta di “profezia auto-avverante”.

La situazione è drammatica durante quella che viene chiamata solo successivamente: “prima ondata”: turni massacranti, pochi DPI disponibili (Mersha & al., 2020), scarsa conoscenza del virus e dei protocolli da applicare (Bhagavathula & al., 2020) incertezze, paura di essere contagiati, paura di contagiare, assenza di un vaccino...

L’idea di svolgere il lavoro di tesi sulla “identificazione dei bisogni degli infermieri durante emergenza covid-19” nasce sia dalle esperienze di tirocinio avute nel corso di laurea triennale, sia dal fatto che la pandemia ha coinvolto tutta la popolazione in generale. Essendo interessata direttamente come futura infermiera, ero incuriosita dalla comprensione delle ripercussioni negative nell’ambito specifico dell’infermieristica.

A tale proposito è stata illuminante la lettura di un articolo che suggeriva quali fossero le cinque richieste espresse dal personale sanitario al datore di lavoro, durante la pandemia di COVID-19: “Ascoltami, proteggimi, preparami, sostienimi e curami [...], i datori di lavoro devono fornire un supporto psicosociale a tutti i dipendenti che risponda a queste richieste e si concentri su: creazione di un ambiente psicologicamente sicuro, una forte leadership, chiare strategie organizzative per il benessere del personale, una comunicazione coerente e un significativo supporto del team.” (Shanafelt & al., 2020) Secondo tale studio, queste strategie, se adottate, andrebbero ad inficiare positivamente sulla salute fisica e mentale del personale sanitario. Inoltre, l’indagine che è stata condotta parte dal presupposto espresso da uno studio trasversale condotto in Spagna, nella cui conclusione finale si evince che il personale sanitario che si era ritrovato ad affrontare una così grande emergenza, avrebbe potuto successivamente ridurre la propria capacità di recupero di fronte a una futura ondata di Covid-19. La ricerca appena citata suggerirebbe quindi alle istituzioni ospedaliere di strutturare dei disegni di recupero della forza lavoro, al fine di ricostituire il benessere fisico e mentale degli operatori sanitari sul posto di lavoro (Mira & al., 2020)

In letteratura sono stati trovati vari articoli concernenti soluzioni per i possibili problemi legati alla pandemia, come quello condotto nel 2020 dai ricercatori tedeschi Moritz Bruno

Petzold, Jens Plag, e Andreas Ströhle. L'articolo procura agli operatori sanitari e ai loro dirigenti una panoramica dei fattori rilevanti per la tutela della salute mentale durante la pandemia Covid-19, riassumendo quanto viene espresso dalle raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità. Risulta dunque importante: “scambiare le proprie idee sulla situazione con i colleghi; mantenere i contatti sociali; non demonizzare le forti reazioni emotive; cercare supporto; mantenere la routine; ottenere aiuto psicosociale, mantenere l'autocura ecc.” (Petzold & al., 2020). Inoltre, gli operatori sanitari con conoscenze professionali sulle differenze nei modelli di esposizione e la trasmissione di diverse malattie infettive potrebbero ottenere un certo grado di comfort e controllo sulle loro situazioni.

Consultando il materiale disponibile sulla piattaforma PubMed si sono rinvenute diverse ricerche che evidenziavano le ripercussioni psicologiche del personale sanitario date dalla pandemia. Come emerge dal lavoro di El-Hage (2020), il rischio è quello di andare incontro a problematiche quali: ansia, disturbo post traumatico da stress (PTSD), depressione, dipendenze, e suicidio (El-Hage & al., 2020).

Tuttavia, solo dopo un attento studio, e uno svisceramento analitico del materiale, si è giunti a constatare l'esistenza di un importante “gap”. Stando alle ricerche, in linea speculativa è noto: cosa significa per medici e infermieri vivere questa emergenza ospedaliera; quali sono i rischi (fisici e psicologici) che la stessa comporta al personale sanitario; quali tecniche e strategie devono essere adottate per “sopravvivere” alla pandemia ed uscirne il più indenni possibile. Per quanto riguarda questo ultimo punto, dalla ricerca è emerso un numero ben più esiguo di materiali. Nondimeno, ciò che risulta contraddittorio, è che si siano offerte soluzioni senza prima fare un passo indietro nello studio dei bisogni espressi dal personale sanitario in un periodo tanto drammatico per la salute pubblica. Difatti, durante la fase di raccolta dati, alcuna indagine è emersa sui bisogni percepiti da medici e infermieri, tali bisogni potrebbero effettivamente differire da quelli ipotizzati negli studi esaminati. Il divario risiederebbe quindi nel campo di tali necessità, che non parrebbero sufficientemente indagate. Questo studio si offre di identificarle. Di conseguenza, il presente lavoro di ricerca si prefigge l'obiettivo di individuare le necessità degli infermieri durante l'emergenza pandemica Covid-19, con

lo scopo di orientare la stesura di strategie volte a soddisfare le esigenze espresse dal personale sanitario, tali disegni diverrebbero strumenti valevoli sia per l'immediato che per le future eventuali emergenze sanitarie.

È stata condotta quindi un'indagine qualitativa fenomenologica ermeneutica secondo Cohen (Cohen, 2000), rivolta al personale infermieristico (sano o già guarito al momento dell'indagine), che presta attività lavorativa in strutture pubbliche, private o convenzionate in reparto di Rianimazione o reparti ospedalieri che abbiano dovuto affrontare la gestione di casi COVID-19, ad Ascoli Piceno, San Benedetto del Tronto, Bologna ed Acqui terme.

Pertanto, il criterio di inclusione allo studio prevedeva il reclutamento di infermieri coinvolti direttamente nell'assistenza a pazienti con diagnosi di Covid-19. Il campionamento è stato propositivo, di convenienza, fino a saturazione dati; sono stati esclusi dalla ricerca tutti quegli infermieri che non hanno gestito pazienti SARS COV 2.

Per l'identificazione del campione sono state poste delle domande preliminari che hanno aiutato chi si è occupato della raccolta dati (GB; iniziali cognome e nome), a suddividere gli intervistati per: età, genere, unità operativa, regione, tipo di struttura, stato civile, n° figli, formazione, formazione universitaria, anzianità, area lavorativa pre-pandemia, ruolo, turno di lavoro, attuale area lavorativa, "sano o guarito" dal Covid-19, rapporto di lavoro (tempo determinato o indeterminato).

Per attuare l'indagine, si è reso necessario partire dai bisogni. Risulta quindi fondamentale porsi la domanda "Che cos'è un bisogno?". Nel linguaggio comune il bisogno altro non è che "la mancanza di qualcosa", tuttavia, essendo questo un testo che si pone l'obiettivo di essere il più scientifico possibile, siamo obbligati a spiegare il summenzionato termine con una definizione più ampia e razionale data da Abraham Maslow. Secondo lo psicologo statunitense Abraham Maslow (1908-1970), è possibile classificare i bisogni in una scala che procede dalle necessità più elementari (legate alla sopravvivenza), fino a quelle più complesse (di carattere sociale) (Maslow, 1954). Una volta soddisfatte le prime, si procederebbe in un movimento tendente verso la soddisfazione dei restanti bisogni. Più semplicemente, è possibile schematizzare questo concetto nella realizzazione

di una piramide, alla cui base si trovano i bisogni fisiologici, e a seguire, gradino dopo gradino, quelli di: sicurezza (ricerca di contatto e di protezione); di affetto e appartenenza (ossia di riconoscersi in una comunità sociale); di stima (l'individuo vuole sentirsi competente e produttivo); e di autorealizzazione (bisogno di realizzare la propria identità in base ad aspettative e potenzialità). I vari livelli di bisogni attraverso i quali passa la realizzazione dell'individuo devono essere soddisfatti in modo progressivo. A tal proposito, il seguente studio qualitativo fenomenologico ermeneutico va ad indagare il bisogno di: protezione e sicurezza; riconoscimento (appartenenza e stima); supporto psicologico (autorealizzazione).

L'ipotesi di studio risiede nella convinzione che le soluzioni proposte dalle Ricerche, possano non soddisfare appieno i bisogni degli infermieri, in quanto non indagati dalle stesse.

OBIETTIVO

Lo scopo primario di questo studio era quello di esplorare attraverso un approccio fenomenologico, gli eventuali nuovi "bisogni" nati a seguito dell'esperienza degli infermieri italiani impegnati nella cura dei pazienti con COVID-19 durante il periodo della pandemia. L'obiettivo secondario dello studio era quello di cogliere eventuali soluzioni, suggerite dai professionisti sanitari infermieri, nell'affrontare i possibili bisogni nati dall'esercizio dell'assistenza infermieristica nel periodo epidemico.

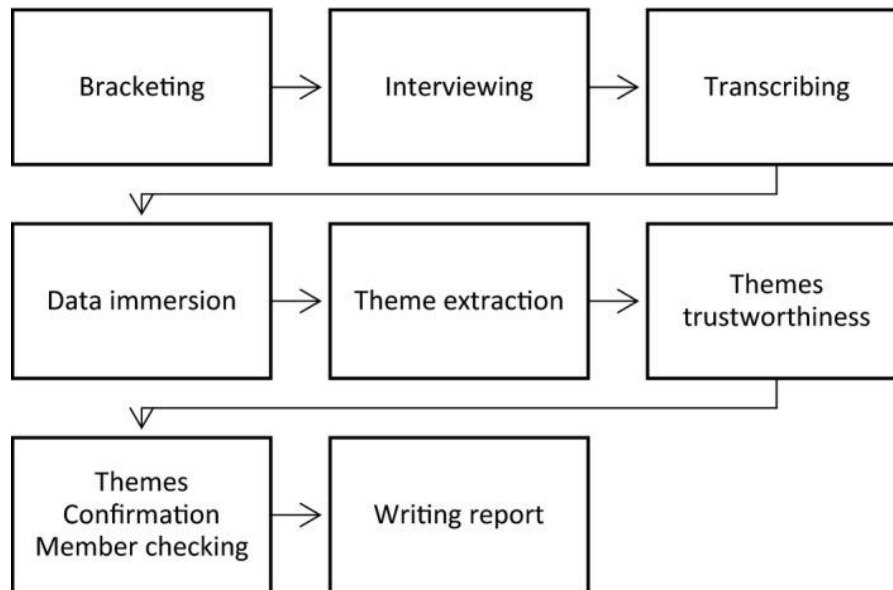
CAPITOLO 1. MATERIALI E METODI

1.1 DISEGNO DI RICERCA

Lo studio multicentrico è stato guidato dall'approccio ermeneutico fenomenologico secondo Cohen, che combina caratteristiche della fenomenologia descrittiva (husserliana) e di quella interpretativa (gadameriana) (Cohen, 2000). Un approccio qualitativo alla ricerca si concentra principalmente sulla natura e sul senso dei fenomeni per comprendere gli avvenimenti naturali nella vita. “La ricerca qualitativa aiuta a mostrare come la società sia costituita da fenomeni sociali in costante mutamento con significati diversi rispetto al tempo, allo spazio, alla cultura e al contesto sociale” (Pan, 2003). In quanto tale, il presente studio ha adottato un approccio fenomenologico ermeneutico per concentrarsi sulle esperienze del soggetto (Annells, 1996). “Questo approccio utilizza un approccio induttivo e descrittivo per descrivere la natura del problema e riflettere l'esperienza umana in situazioni complesse” (Annells, 1996). In accordo con il metodo fenomenologico di Cohen, questa tecnica di “riflessione critica” consiste nel mettere “tra parentesi” le proprie idee sul fenomeno in studio, i propri preconcetti. In questo modo si riduce la possibilità di influenzare la corretta estrapolazione dei temi. Questo metodo si concentra su questioni di significato e sull'esperienza vissuta dei soggetti (Cohen, 2000). Le fasi in cui si articola il metodo (Vellone & al., 2011) sono riassunte in Tabella 1.

Gli infermieri esercitanti la professione a contatto con i pazienti Covid positivi che hanno espresso la volontà di partecipare all'indagine, hanno condiviso con l'esaminatore i propri recapiti telefonici allo scopo di essere chiamati ed intervistati in video chiamata WhatsApp. Il giorno del colloquio è stato concordato dagli aderenti allo studio in base ai loro turni e disponibilità.

Tabella 1. Fasi del metodo



1.2 CAMPIONE E CAMPIONAMENTO

Lo studio multicentrico si è svolto nel periodo compreso tra marzo a settembre 2021 presso gli ospedali di Ascoli Piceno, San Benedetto del Tronto, Acqui Terme e Bologna. Prima dell'inizio dello studio gli infermieri sono stati informati circa le modalità e finalità dello studio. Solo dopo il loro assenso, e secondo le indicazioni e modalità da loro fornite, GB ha avviato lo studio e somministrato i questionari. La dimensione del campione è stata determinata dalla saturazione delle informazioni.

1.3 CRITERI DI RECLUTAMENTO

Il reclutamento è avvenuto mediante un campionamento di convenienza. Tutti i pazienti che, nel periodo di riferimento, hanno espresso la volontà a partecipare allo studio sono stati arruolati consecutivamente. Sono stati inclusi nella ricerca tutti quegli infermieri -di ambo i sessi-, coinvolti nella gestione del paziente SARS COV 2 positivo, che hanno espresso la propria volontà a partecipare allo studio previo sottoscrizione del consenso informato orale registrato. Tutti i partecipanti erano infermieri coinvolti nella cura

ospedaliera di pazienti positivi al COVID-19 lungo la penisola italiana (Ascoli Piceno, San Benedetto del Tronto, Acqui Terme, Bologna). Sono stati inclusi se coinvolti in cure dirette. Le interviste sono proseguite fino a quando i dati non sono stati saturati con 17 infermieri arruolati.

1.4 Criteri di inclusione

Sono stati inclusi tutti gli infermieri:

1. Afferenti a qualsiasi U.O. ritrovata coinvolta nella gestione del paziente Covid-19 positivo;
2. che, resi edotti circa lo scopo dello studio e sui rischi ad esso correlati, accettano di parteciparvi sottoscrivendo il consenso informato registrato telefonicamente

1.5 Criteri di esclusione

Sono stati esclusi:

1. Tutto il personale sanitario NON infermieristico (medici, farmacisti, OSS etc...);
2. Gli infermieri che non hanno avuto un'esperienza diretta con i pazienti Covid-19;
3. I pazienti ed i caregiver;
4. Coloro che non accettano di partecipare allo studio

1.6 RACCOLTA DATI

GB, previa descrizione dello studio ai potenziali partecipanti, ha chiesto loro se fossero disponibili nell'adesione all'indagine attraverso una conversazione in videochiamata WhatsApp (un'applicazione di messaggistica). Questa tecnologia ha aiutato a catturare la comunicazione non verbale proteggendo gli intervistati e i ricercatori dal rischio di contagio. Sono stati contattati un totale di 17 infermieri e tutti hanno fornito il consenso orale per partecipare allo studio. È stato fissato un appuntamento con ciascun partecipante prima dell'intervista.

Tutte le interviste, tenute in lingua madre (italiano), sono state condotte da un unico ricercatore nel periodo che va da marzo a settembre 2021. WhatsApp è stato utilizzato per raccogliere i dati delle interviste. I dati sono stati raccolti attraverso un'intervista faccia a faccia videoregistrata, con l'utilizzo di un sistema di videochiamata concordato con ciascun partecipante. Una volta raccolti sufficienti dati (fino a saturazione), questi sono stati studiati, analizzati e rielaborati secondo la metodologia fenomenologica ermeneutica di Cohen. Qualora GB avesse avvertito incongruenze nel racconto di un'esperienza di un informatore o nel caso in cui quest'ultimo non fosse stato esaustivo nell'esposizione del proprio vissuto, è stato possibile richiedere un ulteriore colloquio. L'ulteriore incontro sarebbe stato un'occasione per GB di riesaminare la trascrizione della prima intervista, aiutando a ridurre i bias cognitivi dell'investigatore. Come ultimo vantaggio, gli informatori dopo essere stati intervistati una prima volta (avendo avuto l'occasione di riflettere sulla propria esperienza), avrebbero contribuito ad un arricchimento dei dati nella seconda intervista. I limiti dello studio riguardano i possibili bias cognitivi del ricercatore, bias che però si è cercato di eludere grazie alla somministrazione di quesiti aperti.

Ai partecipanti è stato chiesto di descrivere la loro esperienza nel fornire assistenza ai pazienti con COVID-19 nel modo più dettagliato possibile e di condividere i loro pensieri, sentimenti e percezioni fino a quando non avessero più nulla da dire su quelle esperienze.

Le interviste sono durate dai 6 ai 27 min, con una media di 15 min. Non sono emersi nuovi temi dopo la quindicesima intervista e sono state condotte altre due interviste per convalidare la saturazione tematica. Sono state condotte in totale 17 interviste fino al raggiungimento della saturazione tematica che, Adler e Adler (Baker & al., 2012), consigliano in un intervallo da 12 a 60 partecipanti. Alla ridondanza del materiale, è seguita l'estrapolazione dei temi. Chiedendo conferma ai partecipanti delle tematiche estratte, si è garantita la validità finale dei risultati.

Prima dell'intervista sono stati reintrodotti gli obiettivi e le procedure della ricerca ai partecipanti e si è ottenuto il loro consenso informato orale per la registrazione. Le registrazioni delle interviste e degli altri materiali (come questionario sociodemografico

e consenso informato) sono stati conservati su un computer protetto da password. Per proteggere la privacy dei partecipanti, a tutti gli aderenti è stato assegnato un CODICE costituito dal cognome del ricercatore più numero seriale consecutivo dell'intervista condotta (es. GULLO01 = Partecipante 1; GULLO02 = Partecipante 2; etc.). Durante il colloquio, GB non è stato limitato dal modello dell'intervista, perciò, ha cercato di ottenere maggiori informazioni qualora gli informatori si fossero mostrati reticenti su un dato argomento. Durante il dialogo, l'esaminatore ha utilizzato tecniche di comunicazione come ripetizione, chiarimento, induzione e sintesi per ottenere informazioni approfondite (Chen, 2000).

Le interviste sono state registrate digitalmente e trascritte testualmente. Per mantenere un elevato livello di consapevolezza, durante lo studio è stato tenuto un diario di riflessione ed esame dei sentimenti personali. Sul "diario del ricercatore" l'intervistatore ha annotato delle field-notes riguardanti l'ambiente, il linguaggio del corpo ed eventualmente le proprie riflessioni.

Previo ottenimento del consenso informato orale, attraverso un questionario sociodemografico creato per questo progetto, e registrato per ogni partecipante, si sono raccolte tutte le informazioni demografiche e cliniche generali degli intervistati, come: età; sesso; unità operativa di appartenenza; regione; tipo di struttura; stato civile; numero di figli; titolo professionale; posizione clinica etc. L'intervista è stata condotta in secondo luogo.

Sono state poste le seguenti domande:

- 1. Qual è la sua opinione riguardo il riconoscimento sociale ed economico degli infermieri durante la pandemia?*
- 2. Secondo il suo vissuto esperienziale, da un punto di vista organizzativo, gli infermieri hanno lavorato in sicurezza?*
- 3. Secondo la sua esperienza, vi è stata/vi è la necessità di ricevere un supporto per affrontare le sequele psicologiche per gli operatori che assistono i pazienti*

COVID? Se sì, la sua organizzazione ha attuato delle misure in proposito e di che tipo?

1.7 METODI DI ANALISI STATISTICA

Entro 24 ore dopo ogni colloquio, i contenuti registrati sono stati riscritti parola per parola. GB ha letto più volte i materiali e ha notato contenuti nascosti, come pianti, silenzio, risate, e atteggiamenti. Nelle 24 ore conseguenti l'intervista, GB ha prontamente organizzato, analizzato, riepilogato e completato ulteriormente i materiali registrati con note sul campo.

Durante la trascrizione, l'intervistatore ha preso nota dei dettagli del colloquio.

Le trascrizioni sono state salvate su computer dell'esaminatore per archiviare, gestire e analizzare i dati.

Le trascrizioni sono state lette più volte, al fine di cogliere il significato più profondo delle esperienze dei partecipanti allo studio e il significato complessivo delle interviste.

GB ha seguito le fasi dell'analisi tematica descritte da Cohen (Cohen, 2000). In un primo momento, fondamentale è stata la familiarizzazione con i dati, a cui è seguita la generazione di codici iniziali che riflettevano l'individuazione di temi generali; la revisione dei temi (già nominati) ha portato alla produzione della relazione. La prima fase dell'analisi ha comportato una lettura accurata delle trascrizioni letterali.

Attraverso un metodo di analisi induttivo, dal materiale testuale sono state identificate unità di significato, come parole o affermazioni comuni che i partecipanti hanno usato frequentemente per descrivere questioni rilevanti.

Questi sono stati successivamente riassunti mantenendo il più possibile le espressioni dei partecipanti.

1.8 CONSIDERAZIONI ETICHE

Tutti i partecipanti sono stati informati dello scopo dello studio. L'indagine è stata avviata solo dopo aver ottenuto l'autorizzazione a seguito della sottoscrizione del "consenso informato alla partecipazione volontaria allo studio" da parte dei partecipanti. Il consenso

è stato raccolto oralmente tramite la piattaforma “Meme vocali” dell’IPad dell’esaminatore, in un file audio separato dall'intervista, per assicurare l'anonimia degli aderenti. Coloro che hanno dato il consenso sono stati informati che la partecipazione allo studio era volontaria ed è stata garantita la libertà di ritirarsi in qualsiasi momento. Il documento precisava inoltre che l'intervista sarebbe stata audio registrata. Il questionario è stato somministrato conservando l’impersonalità.

CAPITOLO 2. RISULTATI

Sono stati reclutati secondo i criteri di inclusione un totale di 17 infermieri idonei, arruolando 3 maschi e 14 femmine di età compresa tra 27 e 62 anni, con un'età media di 47 anni. L'esperienza lavorativa variava da 4 a 38 anni con una media di 23 anni.

Gli infermieri provenivano da diverse strutture ospedaliere situate in regioni italiane diverse:

- (n=11) infermieri intervistati, Marche. Tra questi, (n=8) infermieri esercitavano all'interno dell'Ospedale "Mazzoni" di Ascoli Piceno; (n=3) infermieri operavano dentro la struttura ospedaliera "Madonna del Soccorso", San Benedetto del Tronto.
- (n=1) infermiere, Emilia-Romagna (Ospedale "Bellaria" di Bologna);
- (n=5) infermieri, Piemonte (Ospedale "Monsignor Giovanni Galliano", Acqui Terme).

Gli infermieri partecipanti allo studio, arruolati in base ai criteri di inclusione, esercitavano la professione infermieristica all'interno delle unità operative di:

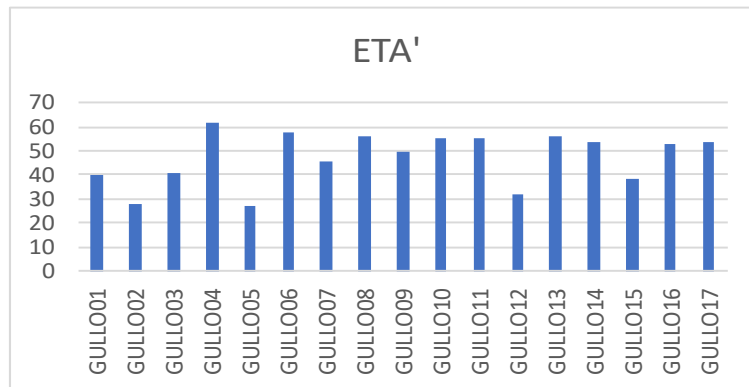
- Anestesia-Rianimazione
- Terapia Intensiva
- Pronto Soccorso- Medicina d'urgenza
- Sala operatoria
- Chirurgia-Urologia
- Pneumo-Covid

Tutti gli infermieri lavoravano in un ospedale pubblico. (n=7) partecipanti erano in possesso di un diploma di laurea; (n=9) aderenti possedevano il diploma di scuola Regionale; (n=1) fruiva del diploma universitario. Dieci infermieri erano sposati con figli, 1 era sposato senza figli; (n=2) infermieri non erano sposati ma con figli: (n=5) aderenti non erano sposati ed erano senza figli. Solo un infermiere ha dichiarato di essere stato

contagiato dal Covid-19. Tutti i 17 aderenti erano infermieri generali; le tabelle, Tabella 3 e Tabella 4 delineano le caratteristiche di base dei partecipanti.

Tabella 2. Grafico età partecipanti allo studio.

| CODICE | ETA' |
|---------|------|
| GULLO01 | 40 |
| GULLO02 | 28 |
| GULLO03 | 41 |
| GULLO04 | 62 |
| GULLO05 | 27 |
| GULLO06 | 58 |
| GULLO07 | 46 |
| GULLO08 | 56 |
| GULLO09 | 50 |
| GULLO10 | 55 |
| GULLO11 | 55 |
| GULLO12 | 32 |
| GULLO13 | 56 |
| GULLO14 | 54 |
| GULLO15 | 38 |
| GULLO16 | 53 |
| GULLO17 | 54 |

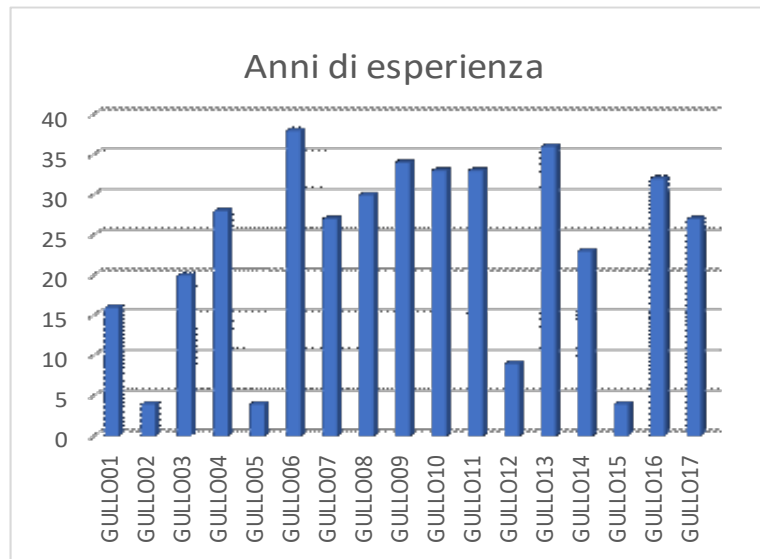


MEDIA 47,35294

Tabella 3. Grafico anni di esperienza partecipanti allo studio.

CODICE ANNI DI ESPERIENZA

| | |
|---------|----|
| GULLO01 | 16 |
| GULLO02 | 4 |
| GULLO03 | 20 |
| GULLO04 | 28 |
| GULLO05 | 4 |
| GULLO06 | 38 |
| GULLO07 | 27 |
| GULLO08 | 30 |
| GULLO09 | 34 |
| GULLO10 | 33 |
| GULLO11 | 33 |
| GULLO12 | 9 |
| GULLO13 | 36 |
| GULLO14 | 23 |
| GULLO15 | 4 |
| GULLO16 | 32 |
| GULLO17 | 27 |



MEDIA 23,41176

La durata delle interviste variava da un minimo di 6 min ad un massimo di 27 min, e la durata media era di circa 15 min. Vedi Tabella 5.

Tabella 4. Durata interviste.

CODICE DURATA INTERVISTA

| | |
|---------|-------|
| GULLO01 | 17.51 |
| GULLO02 | 07.47 |
| GULLO03 | 10.27 |
| GULLO04 | 24.24 |
| GULLO05 | 12.26 |
| GULLO06 | 6.57 |
| GULLO07 | 6.17 |
| GULLO08 | 19.11 |
| GULLO09 | 7.54 |
| GULLO10 | 22.31 |
| GULLO11 | 16.22 |
| GULLO12 | 10.30 |
| GULLO13 | 9.12 |
| GULLO14 | 25.24 |
| GULLO15 | 10.04 |
| GULLO16 | 27.14 |
| GULLO17 | 18.03 |

MEDIA 15 min

Tabella 5. Caratteristiche Sociodemografiche del campione (n=17)

| Variabili | Totale campione |
|---|------------------------|
| <i>Genere, %</i> | |
| Maschi | 17.6 |
| Femmine | 82.4 |
| <i>Età media (SD)</i> | 47.3 |
| <i>Stato civile, %</i> | |
| Nubile/Celibe | 23.5 |
| Coniugato/convivente | 58.9 |
| Divorziato/Separati | 17.6 |
| Vedovo/a | 0 |
| <i>Scolarità, %</i> | |
| Diploma scuola Regionale | 52.9 |
| Diploma Universitario | 5.8 |
| Diploma di Laurea | 41.3 |
| Laurea Magistrale | 0 |
| Dottorato di Ricerca | 0 |
| <i>Regione, %</i> | |
| Marche | 64.7 |
| Emilia Romagna | 5.8 |
| Piemonte | 29.5 |
| <i>Struttura Unità operativa, %</i> | |
| Anestesia-Rianimazione | 17.6 |
| Sala operatoria | 5.8 |
| Chirurgia generale | 5.8 |
| Pneumo-Covid | 11.7 |
| Terapia Intensiva | 35.2 |
| Pronto Soccorso | 23.9 |
| <i>Tipo di struttura, %</i> | |
| Pubblica | 100 |
| <i>Formazione, %</i> | |
| Corso di perfezionamento | 5.8 |
| Master I° livello | 17.6 |
| Master II° livello | |
| <i>Esperienza lavorativa media (SD)</i> | 23.4 |
| <i>Principale area lavorativa, %</i> | |
| Area Critica | 70.6 |
| Area Medica | 23.5 |
| Area Chirurgica | 5.9 |
| <i>Ruolo, %</i> | |
| infermiere | 100 |
| <i>Turno di lavoro, %</i> | |
| Rotazione (24h) | 82.4 |
| Rotazione (12h) | 11.8 |
| Fisso | 5.8 |
| <i>Contagiato dal Covid, %</i> | |
| Sì | 5.8 |
| No | 94.2 |

Tabella 6. Caratteristiche Sociodemografiche del campione (n=17)

| Variabili | Totale campione |
|---|-----------------|
| <i>Prima dell'assistenza ai pz COVID, formazione specifica? %</i> | |
| Sì | 23.5 |
| No | 76.5 |
| <i>Assistere pz Covid scelta personale, %</i> | |
| Sì | 0 |
| No | 100 |
| <i>Attuale area lavorativa in relazione al periodo Covid, %</i> | |
| Rianimazione-Terapia Intensiva | 29.4 |
| Pronto Soccorso | 29.4 |
| Altro | 41.2 |
| <i>Vive con la famiglia, %</i> | |
| Sì | 88.2 |
| No | 11.8 |

Sulla base delle descrizioni degli infermieri, sono stati rivelati tre temi ed un totale di tredici sottocategorie:

Tema 1: ORGOGLIO E APPARTENENZA:

- Differenza nel riconoscimento sociale tra prima, seconda e terza ondata
- Infermiere visto come figura autonoma e non subordinata
- Infermiere da “eroe” a “untore”, fino a “cospiratore”
- Infermiere “eroe”, “missionario”, con “vocazione” o “professionista?”
- Mancato riconoscimento economico e confronto con altri Paesi.

TEMA 2: INCERTEZZA

- Incertezza come conseguenza di un evento improvviso.
- Incertezza per la Sicurezza dei DPI (e risvolti negativi dei DPI)
- Incertezza per la Vestizione e Svestizione (e conseguente importanza del gruppo).
- Incertezza relativa al Vaccino.
- Incertezza riguardo percorsi, protocolli e strutture.

TEMA 3: PAURA

- Stati d'animo prevalenti durante la pandemia.
- Paura per la famiglia.
- Necessità di Supporto psicologico.

2.1 TEMA 1: ORGOGLIO E APPARTENENZA

2.1.1 Sottocategoria 1: Differenza di riconoscimento sociale tra prima, seconda e terza ondata.

Dallo studio è emersa una notevole soluzione di continuità per quello che è stato il riconoscimento sociale degli infermieri tra la prima, la seconda e terza ondata. La ricerca ha dimostrato come nella prima ondata l'infermiere fosse riconosciuto a livello sociale, tuttavia nella seconda e terza ondata, dagli incontri è emerso un unico coro: *“Purtroppo la cosa è andata man mano scemando.”* Come viene riportato nell'intervista GU02.

Piene di delusione, sono le parole di un partecipante: GU16: *“All'inizio c'è stato un grande riconoscimento, [...], gran cartelli: “Grazie eroi!”. Durante la pandemia stessa mentre eravamo in servizio, tutti i ristoranti, pasticcerie, ci facevano recapitare in portineria gran vassoi con: “Grazie per quello che fate”. Sia di giorno che di notte. Quindi il riconoscimento apparente sembrava che ci fosse. Finito questo periodo, c'è stata una forma di dimenticanza. Io non faccio questo lavoro per essere riconosciuta, amo il mio lavoro, però finita l'emergenza si sono dimenticati. C'è stata un po' una delusione. [...], personalmente queste cose, anche soltanto questi striscioni fatti davanti agli ospedali, sono cose che mi hanno gratificato. Insomma, mi sono sentita importante [...], poi nella seconda e terza ondata molto meno perché ormai la gente non aveva più paura, si era un po' abituata [...]. Ripeto, io faccio il mio lavoro per passione, ma il riconoscimento è stato importante mentre nella seconda e terza Ondata ce n'è stato di meno, c'è stata una dimenticanza [...]. Io non sono materialista non faccio il mio lavoro per ricevere gadget, però il riconoscimento fa piacere. Addirittura, una volta una ditta di salumi ci fece un sacchettino con dei salumi vegani e non vegani [...]; a Pasqua c'è stato un uovo di Pasqua per tutti e la colomba per tutti! [...] poi tutto è andato scemando con la seconda e con la terza Ondata...”*

Lo stesso concetto viene riportato anche da altri intervistati, come è il caso di: GU09: *“Nei primi tempi le persone ci portavano a mani alte; invece, adesso [...] siamo scesi a zero. Mi ricordo che i primi tempi a marzo dell'anno scorso ci portavano i regali in ospedale, quest'anno abbiamo avuto zero proprio, perché comunque le persone si sono*

abituata alla pandemia e quindi siamo passati in secondo piano. Ma non solo gli infermieri, tutto il personale sanitario.”

Quanto appena enunciato viene ribadito anche da un altro partecipante, che però sembra aggiungere una nuova problematica, un disagio forse più grave: quello dell’infermiere visto come “lavoratore statale” e perciò bistrattato dalla comunità: *GUII: “C’è stato un riconoscimento sociale per un breve periodo all’inizio, poi dopo è ritornato tutto come prima. [...]. Dopo l’estate è tutto finito! [...] Ora si è tornati come prima... Infermiere: “lavoro statale”, “lavoro pubblico”, “Che ruba soldi”! Ecco siamo tornati come prima: infermieri fannulloni! Forse con un po' di gloria in più ma nemmeno tanto.”*

Nella stessa intervista, interessante e toccante è la riflessione che l’infermiere fa in merito a quel riconoscimento: *“Per fortuna poi quella gratificazione sociale che non nego che aiutava un pochino. Ti aiutava personalmente perché si faceva un qualcosa che ti veniva riconosciuto, allo stesso tempo però pensavi: “Cavolo però ci è voluto tutto questo per farti conoscere il lavoro professionale?”*

Questa considerazione costringe immediatamente GB all’individuazione della Sottocategoria 2.

2.1.2 Sottocategoria 2: Come è cambiata in meglio la figura dell’infermiere? Infermiere visto come figura autonoma e non più subordinata.

L’idea di superamento dell’antica concezione di “infermiere ausiliario” viene chiaramente spiegata da un partecipante: *GUII: “Perché tu considera che l’infermiere è sempre stato visto -come negli anni 40-50-, come colui che dava da mangiare; metteva la padella e il pappagallo; colui che toglieva la cacca... Tuttora oggi se tu lo chiedi alle persone ti dicono: “Ah l’infermiere... Leva la cacca, leva la padella!”. [...], almeno ora in televisione fanno vedere tutte quelle immagini con le vestizioni e svestizioni; le terapie intensive... Forse la gente adesso in qualcosina ha cambiato l’ottica di visione nei nostri confronti, e speriamo che continui...”*

E allora forse, come viene riportato dall’ informatore nel corso dell’intervista, si sono avuti un maggiore riscontro sociale anche per merito dei giornali e dei mass media:

GU11: *“Forse la gente si è informata un pochino di più sul nostro lavoro, su quello che facciamo. [...], magari ora un pochettino sanno della nostra esistenza.”*

Una citazione a riguardo è tratta dall'intervista a GU10: *“Diciamo che con la pandemia secondo me noi abbiamo avuto un po' di riscatto [...] forse prima non eravamo tanto considerati e adesso io penso di sì, penso che anche nella gente sia cambiato un po' l'opinione dell'infermiere. Prima magari era considerato solo come un aiuto[...] adesso si ha una maggiore considerazione degli infermieri [...] Cioè mi sembra che ci considerino molto di più, così in generale, però non so. [...] Forse prima la gente era molto molto prevenuta quando veniva in ospedale. [...]. Prevenuti e quindi paura, paura che non fossimo magari all'altezza... Non lo so, paura per il parente oppure ci consideravano poco attenti nelle cose.”*

2.1.3 Sottocategoria 3: Come è cambiata in peggio la figura dell'infermiere? Infermiere da “eroe” a “untore”, fino a “cospiratore”

Se, in un primo momento della pandemia, l'infermiere era “quell'eroe”, il cui operato comportava applausi, regali, stima e sostegno da parte dell'opinione generale; in un secondo momento, lo stesso si è trovato man mano privato del pubblico plauso, ritrovandosi addirittura incastrato in una definizione di “untore”.

Quanto detto, viene tristemente riportato da un partecipante: GU05: *“Tante persone ci hanno reputato come quelli... Diciamo “appetati”, no? Diciamo, quelli che [...], portavano avanti tutto questo: la propagazione del virus e che contagiavano le persone... [...] Tante persone pensano che siamo quelli che devono solo entrare in un reparto e prendere la macchina per tornare a casa perché dopo contagiamo e spargiamo il virus... Quando effettivamente la nostra vita è questa [...]. Però ecco conosco tante colleghe che magari vanno a fare la spesa e si sentono giudicate perché si sentono dire: “Oddio quella è un'infermiera, non può uscire di casa!”.”*

O ancora, GU01: *“[...], e per quanto riguarda “l'untore”, sì. Diciamo che non m'è stato detto direttamente, ma in modo velato come: “Meglio che non frequenti quella persona che [...] lavora in ospedale, in Rianimazione.”*

Come i più affermano, questo brusco passaggio da “infermiere eroe” a “untore” o “cospiratore” facente parte di un complotto, ha provocato molto dolore negli operatori sanitari.

Un' infermiera ha riportato questa esperienza durante l'intervista: *GUI2: “Adesso ci sono i pazienti che non sono vaccinati che arrivano; quindi, più che altro il lato pesante è l'aggressione da parte dei parenti, cioè il fatto che comunque da alcune persone che hanno deciso di non vaccinarsi c'è la sfiducia del Sistema Sanitario, [...]. Per me adesso è pesante vedere che tutti litigano, tutti disputano, [...]. Mi diventa più pesante lavorare in un ambiente dove senti continuamente discussioni... [...] c'è sfiducia! c'è sfiducia in quello che fai, e questo è pesante nel tempo e col tempo, perché comunque siamo partiti che mettevano le bandiere sui terrazzi, e adesso invece sembriamo noi quelli che uccidiamo i pazienti! Perché è tutta una falsa! E a me questo sembra un po' esagerato!”*

Un altro esempio di questa sensazione è stato riportato da *GUI3: “Adesso la cosa fastidiosa è che con il passare del tempo da eroi siamo passati a gente che si inventava le cose; che eravamo d'accordo per guadagnare dei soldi; che tutti i morti non erano per covid, e tutte queste storie... Poi adesso ci sono i no-vax... Tutte queste cose fanno veramente male. [...] C'è questa gente che arriva che si deve curare, che magari ha sempre girato senza mascherina e che non ha mai fatto il vaccino e che ha anche detto qualsiasi cosa sui professionisti sanitari...”*

2.1.4 Sottocategoria 4: Infermiere “eroe”, “missionario”, con “vocazione” o “professionista?”

Il seguente concetto è stato più volte sottolineato da tutti i partecipanti che, fatta per un'unica eccezione, hanno considerato l'esercizio dell'infermieristica soltanto un lavoro, come descritto da: *GU04: “Per me è la mia professione, che ho scelto tantissimi anni fa, ma è la mia professione! [...] i missionari sono altre persone, e questa è una professione, nella quale credo tantissimo!”*

GUI3: “Ma, subito a me la cosa che ha dato fastidio è che ci abbiano chiamato eroi all'inizio. Perché io non mi sono mai sentita un eroe, era il mio lavoro.”

GU01: “Allora, come eroe... Questa accezione [...]mi infastidiva più che darmi una gratificazione sinceramente. Perché io il lavoro che faccio quotidianamente l’ho sempre fatto sia prima che durante la pandemia [...]. Io la missione non l’ho sentita mai, devo essere sincera, non è che l’ho fatto con lo spirito della crocerossina Florence Nightingale... [...] E però [...] mi è sempre piaciuto, sempre, mi piace tuttora, e l’ho fatto sempre per la persona [...] ... Ma non con quello spirito di missionario, di crocerossina... No. Però, bene e consapevole di quello che facevo. Mi sono sempre impegnata, quello sì.

Quanto appena riportato viene riassunto da una frase di un’infermiera, la quale si lamenta del binomio “infermiere-eroe”; accostamento che provoca molta rabbia e ansia tra gli operatori sanitari che, si sentirebbero frustrati e arrabbiati perché incapaci di soddisfare un’aspettativa proposta dalla società troppo alta ed irrealistica: *GU06: “Ormai ci hanno dato un ruolo, e quel ruolo lo dobbiamo rispettare, come se tutto fosse dovuto! Cioè, fai l’infermiere e quindi ti devi adattare!”*

E allora, ancora, in un’altra intervista, la fermezza con la quale un’infermiera difende il suo ruolo è spiazzante: *GU16: “Assolutamente! Né Angeli, né missionari, né eroi! Ma professionisti! [...] l’assistenza che abbiamo fatto è quella che facciamo da sempre! E continuiamo a farla nonostante sottopagati e quant’altro...”*

Il tema dell’infermiere sottopagato ha portato GB all’individuazione della seguente sottocategoria.

2.1.5 Sottocategoria 5: Mancato riconoscimento economico e confronto con altri Paesi.

Dal presente studio emerge una nota polemica per quello che è stato, ed è, il riconoscimento economico degli infermieri, sia prima che dopo il Covid-19. Ovviamente questa inadeguatezza retributiva non ha fatto che rinforzarsi con la pandemia, nonostante diversi ma “minimi” sono stati gli incentivi dati.

GU09: “Durante la pandemia il riconoscimento economico è stato quasi pari a zero, considerando quello che abbiamo fatto!”

Nel corso di un colloquio, un'infermiera quasi si vergogna nel confessare quanto segue: GU04: *“Sul fatto economico veramente una delusione continua, perché tu dici: “Ok, lo sto facendo perché è anche il mio lavoro, oltre perché lo faccio perché me lo sento”; però ci dovrebbe essere un corrisposto a quello che fai, a quello che rischi, a quello che stai passando eccetera... Invece secondo me non c'è stato assolutamente.”*

Quello che è trapelato dall'indagine, è che fatta per un'unica eccezione, il restante campione intervistato, ha evidenziato un disagio per quella che è la remunerazione della professione; remunerazione definita “ridicola” o comunque insufficiente rispetto all'impegno profuso. Quanto segue, sono le parole di un intervistato che chiameremo: GU17: *“[...] Certo che durante la pandemia ci si aspettava anche qualche riconoscimento economico in più, siamo già una categoria bistrattata sia sulle pagine dei giornali sia economicamente, perché penso che il nostro stipendio non sia congruo ed equipollente alle responsabilità che abbiamo. Quindi c'è un disagio a fine mese: cioè [...], si dà tanto, però non c'è un riscontro economico su quello che viene fatto, sull'impegno che ci si mette, e sulle responsabilità che abbiamo. Questo [...] prima della pandemia, ma si è rafforzato - e maggiormente sentito-, durante la pandemia; dove lo stipendio è rimasto lo stesso e non ci sono stati grossi riconoscimenti se non un contentino di €100 mensili quasi come una presa in giro.”*

L'intervista continua, e l'espressione dell'informatore si fa contratta e infastidita: *“C'è stata [...] un'erogazione di un cento euro per gli infermieri in generale con chi lavorava in covid e chi lavorava in non covid...”*.

Una citazione significativa a riguardo viene dall'intervista di GU01: *“Si potrebbe anche solo considerare il posto dove lavori; [...] che tipo di turni. [...]. Un conto è lavorare in un ambulatorio, un conto è lavorare in una terapia intensiva. Penso che a livello economico dovrebbe essere distinto.”*

Di qui, altro motivo di frustrazione per gli operatori sanitari che invece, i Covid, li hanno realmente assistiti...

Rocambolesca e onirica sembra la testimonianza di un'infermiera: GU04: *“E lo dico come persona che appunto ha fatto una trasferta continua: notte e giorno; mattina*

pomeriggio; tutte le feste, avanti indietro da Ascoli a San Benedetto! [...] poi il fatto di stare lì un'ora prima (per vestirsi), un'ora dopo (per farsi la doccia e cambiarsi) e tornare a casa. [...] se io facevo pomeriggio tornavo a casa a mezzanotte! Tutte queste ore, tutte queste cose non sono state riconosciute se non dopo un anno, quasi a mendicare una cosa che è un tuo diritto!”

GU02: “Ho vissuto l’inizio della pandemia prestando servizio presso il policlinico Sant’Orsola di Bologna, il quale ha stanziato dei soldi per i compensi economici extra... Questa retribuzione extra però io credo che non sia stata sufficiente a compensare il tipo di lavoro [...] il sacrificio che comporta indossare un equipaggiamento idoneo, lo stress psicologico derivante dall’essere circondato da situazioni di sofferenza delle persone... [...] E il rischio soprattutto di contrarre il Covid per gli operatori sanitari che lavorano in prima linea...”

Ancora una volta si ripete il tema dell’inadeguatezza nella remunerazione, sproporzionatamente insufficiente rispetto a quelle che sono le responsabilità e i rischi della professione.

C’è poi chi afferma, come risulta dall’intervista di *GU15*, di non aver ricevuto alcun incentivo a seguito dell’assistenza ai pazienti Covid; la motivazione di questo mancato riconoscimento si farebbe ancora più grottesca: *“Il riconoscimento a livello economico per quanto riguarda la realtà dove ho lavorato io -che bene conosci-, non c’è mai stato, perché non c’è mai stata riconosciuta come “Struttura Covid” o come “pronto soccorso covid”, perché l’ospedale di Ascoli comunque era il cosiddetto: “ospedale pulito”, ma il paziente covid comunque arrivava... Tant’è che la medicina d’urgenza è diventata per un lunghissimo periodo un reparto covid. Ovviamente tutto non riconosciuto! Perché era San Benedetto “l’ospedale sporco” ...”*.

Un altro partecipante ha riportato la stessa esperienza: *GU11: “Per esempio in Ascoli il paziente covid in rianimazione “non esiste”, però lo gestiamo! Lo gestiamo in attesa di trasferimento, però lo gestiamo! Prima lo mettono in OT rosso (in osservazione temporanea rossa), ma sulla carta non esiste! Eppure, noi lo gestiamo per 48 ore almeno!”*

Come prima accennato, peculiare risulta essere quanto viene affermato dalla maggior parte degli intervistati, riguardo il confronto tra “infermiere italiano” e “infermiere in altre aree geografiche.” GB riporta quanto segue con il solo scopo informativo. Prima di iniziare la ricerca, questo aspetto non era stato preso in considerazione come fenomeno rilevante. Una volta incominciata la Ricerca però, questa riflessione si è dimostrata tanto comune e diffusa, da non poter essere ignorata ulteriormente. Dai dati analizzati dallo studio, sembrerebbe trasparire uno strano senso di ingiustizia che accomuna gli infermieri italiani, i quali, dichiarano di essere sfruttati e sottopagati rispetto ai colleghi europei.

GU09: “C’è stata una disparità, [...] tra il riconoscimento economico degli infermieri italiani in riferimento a quelli europei.”

GU01: “Penso che la professione infermieristica [...] sia sottovalutata, soprattutto in Italia, [...] facendo un paragone anche con il resto d’Europa, non è che uno deve andare tanto più in là.”

Più generale, è il discorso che viene fatto da un informatore che chiameremo *GU05*: *“Io penso che in Italia, [...], le cose davvero da valorizzare, non vengano valorizzate del tutto. E non parlo solo a livello economico ecco. [...] Rispetto a tanti altri paesi io mi rendo conto che [...], sicuramente l’Italia è uno di quei paesi che non valorizza affatto il nostro lavoro... Ma non solo dell’infermiere... Del sanitario in generale.”*

“Non parlo solo a livello economico”, sono queste le parole dell’infermiera *GU05*; parole che vengono largamente confermate da quelle di un’altra intervista: *GU15*, in riferimento alla considerazione economica e sociale dell’infermiere in Inghilterra:

“Durante la pandemia hanno vissuto quello che bene o male abbiamo vissuto anche noi. Al di fuori della pandemia [...] a livello sociale e a livello di riconoscimento economico da parte dell’utenza, viene considerato [...] come un professionista [...]. Quindi se qui ad un passaggio di fascia ci si mettono vent’anni, lì in automatico per farlo sali di passo ogni anno/ogni due anni... Quindi la formazione non la devi andare a cercare; sei obbligato a farla.”

2.2 TEMA 2: INCERTEZZA

Prima di trattare questo punto, GB reputa necessaria una premessa: il tema dell'incertezza è un concetto che assume sfumature diverse a seconda del periodo pandemico preso in considerazione. Ci sono infatti notevoli differenze tra la prima e seconda/terza ondata. Tutti i partecipanti allo studio sono affratellati da un denominatore in comune: in un primo momento, nella prima ondata, c'era poca sicurezza; nella seconda e terza ondata la situazione è migliorata. *GU12* è un'infermiera che riassume bene questo pensiero: *“Diciamo che ci sono state fasi diverse: la prima fase meno sicura perché proprio non si capiva, e c'era poco materiale, e mancavano i DPI; e nella seconda fase con i DPI più il vaccino, sicuramente abbiamo lavorato molto di più in sicurezza.”*

2.2.1 Sottocategoria 1: Incertezza come conseguenza di un evento improvviso.

GU17: *“All'inizio ci sentivamo anche un po' eroi sinceramente, perché si andava a combattere [...] contro un virus di cui non si sapeva molto. Però vedevamo gli effetti: vedevamo morire le persone intorno a noi nel giro di poche ore. Inizialmente arrivavano persone che ti parlavano e [...] in serata, finivano intubate. Tra l'altro eravamo in un periodo in cui non c'era neanche il vaccino, non c'era una copertura, non c'era niente! Si è andati un po' così, senza preparazione...”*

Dopo un attento studio e una meticolosa analisi delle interviste, è affiorato il tema “dell'incertezza”; termine che riflette una mancanza di esattezza, chiarezza, stabilità. Secondo il Vocabolario Treccani, l'incertezza è quella “Conoscenza insufficiente, o non del tutto fondata, di un fatto.” Nell'ambito di questa ricerca, la stessa, nasce soprattutto come conseguenza di un evento improvviso. *GU13*: *“Non ci saremmo mai aspettati una cosa del genere; questa pandemia nessuno se l'aspettava [...]!”*

GU12: *“C'è stata proprio una corsa contro il tempo per cercare di capire quali le precauzioni giuste da adottare.”*

O come viene riportato da un altro colloquio: *GU04*: *“All'inizio forse non eravamo nemmeno consapevoli di quello che stava succedendo (come tutti), e di quello che stavamo facendo o dovevamo fare. Poi penso che sia proprio insito nello spirito dell'infermiere [...] calarsi immediatamente in quella situazione e lì, fare l'Infermiere.”*

Nonostante dall'ultima intervista, sembra quasi che nell'adattamento risieda la chiave del successo della professione, diversi intervistati hanno trattato il concetto dell'"inconsapevolezza" e dell'"indifferenza" -vissute in un primo momento-, con un'accezione indubbiamente negativa. Questa testimonianza viene riportata da un'infermiera che chiameremo GU12: *"Il 18 febbraio avevo fatto un corso sulla sicurezza [...], e io avevo chiesto [...] cosa ne pensassero sul covid, e il docente mi ha detto che sarebbe stato un problema tipo la Sars che comunque: "Tanto da noi non sarebbe arrivato". Me lo ricordo come se fosse ieri..."*

Incerti, sono i professionisti sanitari che si ritrovano a combattere in prima linea contro un Virus sconosciuto; incerti, sono coloro che devono -dall'oggi al domani-, progettare, attuare e far rispettare nuovi percorsi, protocolli, direttive; incerto, è l'infermiere che non sa se è sufficientemente protetto dai DPI; come incerta e traballante, è la fiducia nel Sistema Sanitario... Chiaramente, alla base di questa indeterminatezza, sta la subitanità dell'evento, come quanto affermato da: GU11: *"All'inizio c'è stata una grandissima confusione... Per carità tutto giustificabile perché sai, è una cosa nuova, [...]. Si facevano e si davano delle direttive al mattino che poi al pomeriggio venivano cambiate e la sera venivano disattese con la scusa che: "Siamo in guerra e si fa quello che si può fare." Quindi si faceva e si lavorava secondo il consenso dell'operatore. [...] Diciamo che [...], non si sapeva chi doveva assistere, non si sapeva dove assistere e non si sapeva con quali mezzi assistere. Non c'era la struttura, sia aria ed erogatori di ossigeno. Grossa confusione! Adesso non è cambiato nulla, è tutto come prima, non è che a distanza di un anno sia cambiato qualcosa..."*

In difesa a quanto appena detto, interviene un infermiere che chiameremo GU09, il quale si preoccupa di spiegare perché, secondo lui, "non si poteva fare altrimenti."

"Il problema al tempo non si conosceva e quindi i percorsi formativi non si sono potuti realizzare, perché non sapevamo quello che comunque si poteva fare o non si poteva fare, per evitare il contagio. [...]. Purtroppo, è così! Se tu entri in impatto devi conoscere quello che tu vai a impattare, se non lo conosci non ci puoi fare percorsi formativi perché la formazione se non fatta bene poi è controproducente. [...]. Purtroppo, non c'è stata la formazione, ma questo perché? Perché comunque al tempo non si conosceva quello che

andavamo a impattare! [...] Non si poteva realizzare un percorso formativo ad hoc, anche perché se il percorso formativo non lo fai secondo un criterio, poi, invece di fare informazione fai disinformazione.”

Un informatore, a cui per privacy daremo il codice *GU12*, sembra tirar fuori questo pensiero: *“Allora io penso che il nostro lavoro sia fatto [...] anche per mettere in conto di dover subire delle pandemie; quindi, noi in teoria dovremmo essere preparati. Forse sono un po' più scottata [...] dal fatto che io -dopo appunto 9 anni che avevo iniziato a lavorare-, non mi fossi resa conto [...] dove potevamo arrivare. Cioè nel senso: “Quindi il nostro lavoro vuol dire anche fare quello?”*

2.2.2 Sottocategoria 2: Incertezza per la Sicurezza dei DPI (e risvolti negativi dei DPI)

Dallo studio si è riscontrato ancora una volta una distinzione tra prima e seconda ondata per quanto riguarda la Sicurezza percepita per l'utilizzo dei DPI. Tutti i partecipanti hanno notato una differenza tra la prima e seconda ondata; se nella prima ondata l'approvvigionamento di DPI è risultato insufficiente, nella seconda e terza ondata, gli stessi infermieri hanno accertato un netto miglioramento nel rifornimento del materiale.

Significativa è l'esperienza di un'infermiera: *GU12: “Nella prima parte non c'è stata sicurezza perché non c'erano i DPI giusti, cioè siamo arrivati proprio ad un momento dove c'era carenza di DPI e non conoscevamo [...] il tipo di virus, come dovevamo attrezzarci... [...] E anche se poi sapevamo qual era la mascherina giusta, abbiamo fatto dei periodi, comunque, solo con le ffp2; quando sapevamo ed eravamo consapevoli che la giusta maschera a contatto con i pazienti Covid sarebbe stata una ffp3. E poi nella seconda fase invece è cambiato tutto.”*

GU01: “[...] Nella prima parte della pandemia [...] era un po' una lotta continua nel richiedere una giusta e adeguata protezione. Poi nella seconda fase [...] a livello di protezione e di materiale ce ne è stato a sufficienza.”

Riportiamo qui un esempio della tipologia di materiale mancante: *GU05: “Oppure mancavano i calzari, a noi è capitato che abbiamo dovuto comprare delle buste dei sacchi dell'immondizia!”*

O ancora: GU15: *“Ci vestivamo [...] con quei camici di carta velina che metti ai pazienti prima di andare in sala [...]. Ognuno si è comprato il suo visore che prontamente quando ti svestivi dovevi sanificare; quindi, prova a portare una cosa comunque sporca fuori... I visori monouso non esistevano, forse sono arrivati sporadicamente la seconda o addirittura alla terza ondata. Le tute sono state una cosa discretamente recente a metà della seconda ondata.”*

Durante i colloqui, è giunto ai nostri occhi un altro elemento interessante: molti intervistati hanno dichiarato che i DPI utilizzati, troppo spesso, non erano idonei in termini di praticità: GU05: *“Ci hanno mandato dei visori davvero pesanti, che dopo quattro ore e mezza di turno ti iniziava veramente a pesare la testa!”*; al contempo gli stessi dispositivi di protezione individuale non venivano percepiti come realmente sicuri. In particolare, da un incontro, emerge come fosse scarsa la percezione della sicurezza; GU09: *“I primi tempi purtroppo era come andare in guerra senza gli strumenti. [...] Andavo bardato, però con un punto interrogativo perché dicevo: “Ma questa carica virale poi passerà anche la bardatura legata ai dispositivi di sicurezza di terzo livello” [...] eravamo in dubbio se questi DPI anche di terzo livello proteggesse dalla continua contaminazione.”*

Insicurezza quindi: insicurezza legata alla scarsa conoscenza dell'efficacia dei DPI e all'incapacità di comprendere fino in fondo il Virus. Se poi all'incertezza si aggiungono dispositivi di protezione individuale impropri, la situazione diviene drammatica.

GU04: *“C'è stato il problema delle mascherine non idonee, c'è stato il problema di tutti i dispositivi non idonei [...], abbiamo dovuto e continuiamo a comprarci le buste dell'immondizia per farci i calzari.”*

GU16. *“Inizialmente i DPI erano oro, ce li centellinavano perché scomparivano! Ma davvero c'era uno sciacallaggio! Perché addirittura scomparivano scatoloni di mascherine, di camici... Poi inizialmente avevamo delle tute affrontabili, invece le ultime dopo 2 minuti erano impossibili... Grondavi, non riuscivi a viverci [...], non era possibile lavorare [...], quindi affrontavi già il paziente in questo modo ed eri già nervoso per questo.”*

Dall'intervista emerge come un disagio nella vestizione possa effettivamente provocare una compromissione della qualità assistenziale. Ancora, la stessa problematica verrebbe amplificata da una serie di esperienze negative legate all'utilizzo di questi DPI. Tra quelle particolarmente rilevanti riportiamo quella di *GU16*: *“Ricordo che ero con un mio collega e dovevamo fare o un prelievo [...], io stavo disinfettando, a un certo punto vedo uno scroscio d'acqua sul braccio del paziente... Come se avessero aperto la doccia... Era lui che sudava!”*. L'infermiera si sta riferendo al collega.

Un altro esempio ci viene dato da *GU17*: *“Avevi così tanti dispositivi [...] che era difficile lavorare. Tuttora a volte la visiera si appanna e io non riesco a leggere il nome del farmaco. Allora cerchi di spostare il farmaco per trovare un punto della visiera in cui si vede meglio, magari è più trasparente e si riesce a vedere il farmaco; poi con il fatto che si usano i doppi guanti, riuscire a reperire la vena spesso e volentieri [...] è difficile: magari con la palpazione senti il guanto e non la vena! Magari si trattava anche di pazienti con un patrimonio venoso esiguo! [...] qualsiasi pratica che noi abbiamo eseguito con quel tipo di vestizione la difficoltà era quintuplicata!”*

Un'ultima esperienza, forse ancora più toccante, è quella di *GU10*, la quale addirittura afferma di non poter piangere durante l'assistenza ai covid, in quanto ne andrebbe della sua visione: *“Non potevo piangere perché avevo tutte quelle protezioni [...] se piangi poi [...] non vedi più e non riesci poi a lavorare. E quindi è tutto un trattenersi! Quindi mi trattenevo per non piangere, perché poi non potevo uscire.”*

2.2.3 Sottocategoria 3: Incertezza per la Vestizione e Svestizione (e conseguente importanza del gruppo).

Un altro problema comune emergente dalle interviste è quello dato dalle problematiche relative alla vestizione e svestizione. Tutti i partecipanti che hanno trattato questo tema hanno parlato di *“corsi fatti di fretta e furia”* (*GU12*), alle volte, inadeguati all'effettiva messa in pratica dei concetti appresi. Riportiamo l'esperienza di un'infermiera che mezz'ora dopo il corso di vestizione, arriva nel reparto Covid per la prima volta *GU04*: *“Ci chiamano per fare un corso di vestizione e svestizione [...] Ci fanno il corso con il camice... [...]. Andiamo, cerchiamo di ritrovare questo reparto Covid, [...] quando saliamo ci danno le tute. Al che ho detto al primario: “Guardi, noi abbiamo fatto il corso*

di vestizione mezz'ora fa, ma con il camice!". Con la tuta non sapevo proprio da dove cominciare...".

Il disagio di questa infermiera è evidente, così come è evidente -poiché riportato in diverse interviste-, che si è appreso molto di più "in prima linea" che non tra i banchi di una classe improvvisata: *GUI3: "Abbiamo imparato molto sul campo."*

Sebbene i più hanno dichiarato di aver partecipato a un corso sulla vestizione e svestizione, c'è comunque una non esigua minoranza che dichiara di non aver mai aderito ad un programma del genere; condizione che ha portato molti infermieri a sentirsi inadatti con sé stessi e con il proprio lavoro. Allarmante è la testimonianza di un'infermiera: *GUI10: "Ci siamo ritrovati in questo posto nuovo, non sapevamo bene come agire, ci avevano fatto vedere la vestizione e svestizione una sola volta, quindi io sono entrata vestita; tuttavia, nella mia testa sapevo che non ero capace di fare la svestizione."*

Per fortuna, in soccorso ai professionisti sanitari, sono arrivati altri professionisti. Stiamo parlando dei colleghi infermieri. Da quanto studiato, è emerso infatti come il gruppo sia stato particolarmente d'aiuto nell'affrontare la pandemia.

GU04: "Un'esperienza bellissima con i colleghi. [...] si sono comunque create delle grandissime complicità, amicizie, esperienze bellissime. [...], siamo sempre lì a controllarci: "Hai messo i calzari? Hai messo bene i guanti? Fammi vedere la tuta se è rotta..." Perché il più delle volte le tute risultano fallate... "Fammi vedere se chiudi bene qui la mascherina" ... Stiamo sempre insieme, mai da soli quando ci vestiamo... Io non devo ringraziare nessun altro al di fuori dei miei colleghi."

Diversi sono stati gli infermieri che hanno contribuito a dare forza agli stessi colleghi, tra questi, sicuramente un contributo importante è stato dato da un infermiere che chiameremo *GUI7: "C'era uno sconforto generale. Io a tal proposito feci [...] un video [...] per cercare di inorgogliare un po' gli infermieri e cercare di tirare fuori il meglio di loro. Il messaggio era: guardate restiamo forti, continuiamo a lottare, questo è il nostro lavoro!"*

Empatia, solidarietà, sostegno, sono qualità trasversali insite nel carattere del "vero infermiere", caratteristiche individuali che accompagnano la teoria alla pratica. Nella

stessa intervista emerge uno spirito di solidarietà che con il tempo ha portato ad una regola scritta: *“Dopo 4 ore era impossibile continuare a stare in quella situazione (l’infermiere si riferisce allo stare vestito in una stanza Covid), si iniziava a sentire una sorta di disagio, di ansia che saliva, di avere la sensazione di non respirare bene... [...] All’inizio era naturale che la persona dicesse: “Guardate, datemi il cambio perché io non ce la faccio più fisicamente.”, quindi aveva bisogno di un altro che entrasse al posto suo e lui usciva. È stata una cosa naturale non tanto organizzata, decisa sul campo. Poi [...] è stato deciso che dopo 4 ore bisognava dare il cambio ufficialmente.”*

2.2.4 Sottocategoria 4: Incertezza relativa al Vaccino.

Dalle interviste emergono 3 archetipi: c’è chi non ha mai avuto ripensamenti riguardo la vaccinazione; chi ha avuto dubbi perché non si è sentito bene informato; e infine chi si è definito spaventato perché intimorito dagli effetti a cui poteva portare la vaccinazione. Vedremo poi, come questi “effetti”, non possono essere schematizzati e sminuiti dalla semplice e altrettanto diffusa codificazione di: “Trombosi venosa profonda” o “Embolia polmonare”; le conseguenze del vaccino -ipotizzate da alcuni partecipanti-, sembrerebbero riguardare più gli effetti collaterali dati da malattie concomitanti già preesistenti. Riportiamo l’esempio di un’infermiera: *GU01: “Per quanto riguarda il vaccino diciamo che l’informazione da parte dell’azienda è stata nulla...Hanno telefonato il giorno prima per il giorno dopo per sapere chi si volesse vaccinare, quando ancora non si sapeva che tipo di vaccino, quali effetti collaterali oppure che cosa avrebbe potuto impedire farsi il vaccino... Ad esempio io ero stata sotto cura di cortisone per l’asma, [...] e quindi [...] non l’ho potuta fare [...] quel giorno stesso. [...] Non è che [...] loro ci hanno informato dicendo: “Ragazze, voi che avete preso il cortisone per tot tempo e determinati farmaci, non lo potete fare...” Cioè l’ho saputo il giorno stesso in cui sono andata a fare il vaccino...”*

Un’esperienza simile è quella riportata da *GU13: “Noi della rianimazione abbiamo accettato la vaccinazione tutti, tutti i medici, tutti gli OSS, tutti quanti! E questa secondo me è già una bellissima cosa. Ovviamente dei dubbi qualcuno di noi li aveva, io ad esempio avevo dei dubbi perché avevo qualche problema [...] di allergia. Avrebbe potuto essere spiegata un po' meglio la faccenda... Questo sì, però con tutta la gente che noi*

abbiamo visto morire sempre più giovane, era l'unica soluzione che poteva farci uscire da questo tunnel.”

Certamente, i più, anche gli “incerti”, hanno sempre riconosciuto il vaccino come unico mezzo per venire fuori dalla pandemia; tuttavia, se uniamo alle paure la disinformazione cui si accennava, ci avviciniamo a capire quel sentimento umano di riluttanza provato nei confronti del vaccino. Un altro professionista -di cui riporteremo l’intervista a breve-, toccando il tema della mancanza di informazioni, ha fatto emergere una capacità di coping già verificata in altre occasioni tra i suoi colleghi: *GUI1*: “A noi hanno dato l’informativa su un pezzo di carta dove c’era scritto che era “sicuro e basta”, era scritto, ma non nel dettaglio. Questa (si riferisce al vaccino) è una cosa che personalmente l’ho fatta avendo appunto una figlia che studia farmacia. Tramite lei sono riuscito ad avere le informazioni, perché niente è sicuro oggi; con questo vaccino lo sapremo tra qualche anno, però alla fine ci siamo fidati. È un salto nel buio. Come si dice ad Ascoli: “Pozza i bè!”.”

E allora tanta incertezza, ma anche tanto coraggio, e tanta voglia di andare avanti nonostante la paura.

2.2.5 Sottocategoria 5: Incertezza riguardo percorsi, protocolli e strutture.

Per quanto riguarda il senso di sicurezza scaturente dall’adeguatezza di percorsi, protocolli e strutture, le opinioni dei partecipanti sono state tra le più discordanti. Il nostro studio ha osservato, in generale, un maggior senso di percezione di organizzazione tra i residenti delle strutture del Nord Italia, ed invece ha registrato una scarsa impressione di organizzazione in quelle strutture dell’Italia centrale (Marche). Inoltre, si è riscontrato come alcune unità operative, come quella della “Terapia Intensiva” o “Rianimazione”, abbiano affrontato meglio -perché con più risorse e maggiore preparazione-, la pandemia; rispetto ad altri reparti, più impreparati e con meno strumenti. Per ragioni di privacy l’espressione “infermieri del Nord” codificherà per quei professionisti residenti nella provincia di Bologna o Alessandria. A tal proposito, riportiamo nel testo la testimonianza di un’infermiera del Nord Italia, del reparto di Terapia Intensiva: *GUI3*: “Noi siamo riusciti a organizzarci fin dall’inizio bene e abbiamo scelto i percorsi giusti. Poi vabbè ovviamente una rianimazione ha più possibilità rispetto ad una medicina covid; quindi,

noi abbiamo lavorato subito in sicurezza. Un po' di materiale ce l'avevamo perché essendo in una rianimazione ad esempio già dovevamo affrontare la meningite, poi vabbè qualche cosa ci è arrivato.”

Un'altra testimonianza ci viene data da: *GU08* (infermiere di Rianimazione, Nord Italia): *“[...] Abbiamo un reparto che ci ha permesso di isolare la zona pulita dalla zona sporca; quindi, siamo riusciti a lavorare relativamente in sicurezza. [...]. In altri reparti non ho visto la stessa cosa.”*

Se quelle appena riportate sono esperienze positive, non si può dire altrimenti dei vissuti degli altri infermieri di altre unità operative o residenti nella regione Marche. Molti di questi professionisti hanno lamentato non solo la disorganizzazione dei percorsi e protocolli -spesso elaborati da *“Chi non è sul campo”* (*GU11*) -, ma hanno denunciato anche la dubbia idoneità delle strutture stesse.

A rafforzare questa argomentazione è la deposizione di *GU06*: *“Alcuni percorsi [...] non sono stati organizzati bene, a mio giudizio. [...] tipo gestire il paziente covid... E poi il problema dei posti letto che scarseggiano, [...], non mi sembra un granché organizzata come cosa.”*

Un'altra testimonianza riporta come all'inizio vi siano stati diversi protocolli che però non si sono dimostrati all'altezza nel gestire il problema: *GU01*: *“Ok, all'inizio della pandemia diciamo che i protocolli ce ne sono stati tanti, ma nell'attuazione dei protocolli -che ovviamente vengono stilati sempre da persone che poi non lavorano nel pratico, ma lavorano al di sopra di te-, diciamo: forse poco attuabili [...]. Cioè c'erano delle difficoltà evidenti oggettive che riscontravo nel campo e che non erano molto attuabili a livello di protocollo ecco... Era difficile conciliare il protocollo con le difficoltà oggettive che trovavi quotidianamente.”*

Lo stesso problema è stato riscontrato in un'altra intervista da un infermiere di Terapia Intensiva, il quale fornisce un'interpretazione sul fenomeno di inadeguatezza dei percorsi e protocolli: *GU11*: *“Ma secondo me chi fa, chi decide, come sempre non lavora, non ci lavora... quindi non sa. Questa è l'Italia chi non sta sul campo fa leggi! Quindi tu glielo puoi dire, glielo puoi fare notare, ma io capisco che loro devono far quadrare il*

bilancio... Certo c'è chi decide il personale, chi deve gestire il personale, devono gestire i soldi... Però è una gestione malsana, perlomeno da noi [...].”

Scioccante è la rivelazione di alcuni aderenti al progetto di ricerca dell'ascolano, i quali, affermerebbero addirittura dell'esistenza di un “protocollo” che scoraggiasse, all'inizio, il posizionamento -per i professionisti sanitari-, delle mascherine chirurgiche. Queste, a detta dei protocolli, sarebbero state responsabili della nascita nei pazienti di emozioni negative quali la paura. Il risultato nascosto, ambiguo e subliminale, è stato quello di rendere sentimenti come spavento e apprensione, “infondati” e “illegittimi”. A seguire si riportano le parole di tre infermieri marchigiani.

GU03: “Noi abbiamo avuto sempre i DPI a disposizione, tranne che all'inizio [...], in cui addirittura c'era un protocollo inviato dalla direzione in cui dicevano che non dovevamo mettere le mascherine eccessivamente perché potevamo [...] provocare nel paziente [...] un senso di ansia, di agitazione. E quindi era stata inviata questa lettera che era inverosimile [...].”;

GU15: “Mi hanno detto che con l'indossare una mascherina avremmo dato dell'allarme sulla popolazione!”;

GU17: “Adirittura, all'inizio ci avevano detto di non usare le mascherine: “fate spaventare le persone!” ci dicevano...”.

Come è già stato accennato, si è avvertiti un senso di disagio, anche relativamente alle strutture messe a disposizione. Tuttavia, anche qui dobbiamo fare una distinzione, differenziando gli ospedali del Nord da quelli del Centro Italia.

Partendo dalle esperienze positive, riportiamo la testimonianza di un'infermiera del settentrione: *GU16: “Il primo giorno che era il 13 marzo, un venerdì, mi arrivò la comunicazione che i pazienti erano stati smistati in altri ospedali; quindi, sono arrivata la mattina in un reparto vuoto. C'era il direttore sanitario, c'era il responsabile, [...], il servizio di epidemiologia, e tutti, [...] e quindi dovevamo cercare di capire come dividere il reparto in zone “sporca e pulita”. Poi alla fine ognuno diceva la sua. Abbiamo fatto tanti cambiamenti [...]. Inizialmente secondo me abbiamo fatto dei macelli. [...] poi abbiamo modificato un po' in itinere con l'esperienza e ce l'abbiamo fatta. È stata dura*

perché all'inizio facevamo fatica a capire [...]. No, comunque, l'organizzazione c'è stata e io non mi sono sentita allo sbando [...], io posso dirti che non mi sono sentita sola, l'organizzazione era nuova per tutti [...]; praticamente era sempre giorno, c'era sempre gente! Io non mi sono sentita in un servizio mal organizzato a parte i primi giorni che era una novità per tutti.”

Ancora una volta, è stato riscontrato come gli ospedali settentrionali abbiano visto al loro interno un personale che -nonostante tutto-, si è sentito protetto, o comunque all'interno di un sistema organizzato; non si può dire altrettanto per gli infermieri del Centro Italia.

GU04: “[...] Trasferire il reparto in un'altra area dell'ospedale che non avevamo visto; fare il reparto noi sulla base dell'esperienza che avevamo fatto a San Benedetto; quindi fare i percorsi covid per la vestizione; la svestizione eccetera... Non è stato facile fare tutto questo in meno di una settimana. Fisicamente abbiamo fatto i traslochi, e poi ricominciare di colpo la sera...”

Ma se il disagio avvertito riguardava una “disorganizzazione” di fondo, lo stesso si poteva dire delle strutture ritenute poco adatte. Un partecipante dell'ascolano ha descritto adeguatamente questo tema con queste parole: *GU11: “Come dicevo la struttura non è adatta, non c'è il ricircolo dell'aria, non c'è la pressione negativa, tutto lo facciamo con le finestre aperte dove si muore di freddo, non solo noi, ma anche il paziente.”*

Un altro infermiere, di un'altra unità operativa, riporta la stessa esperienza: *GU17: “Però ad esempio le camere dovevano essere a pressione negativa e in nessuna delle nostre zone [...] c'era questo dispositivo! quindi è stato un anno devastante per noi infermieri anche a livello psicologico.”*

Questo ultimo concetto, quello del “danno psicologico”, obbliga l'esaminatore all'individuazione del Tema della “Paura”, trattato nel seguente paragrafo.

2.3 TEMA 3: PAURA

Quello della paura, è forse il tema più complesso ma anche probabilmente più interessante affrontato dallo studio. Una breve definizione di paura potrebbe essere quella di uno stato di apprensione relativo ad una situazione percepita come potenzialmente o realmente pericolosa. Dallo studio sono emerse diverse sottocategorie del problema, si è adottati un approccio deduttivo, partendo dal generale al particolare. Partendo dagli episodi di burnout, si toccheranno temi come la necessità di sostegno psicologico; si cercherà di indagare perché molti, pur riconoscendo l'importanza del servizio, non ne hanno usufruito.

2.3.1 Sottocategoria 1: Stati d'animo prevalenti durante la pandemia.

Alla domanda se fosse necessario ricevere un supporto per affrontare le sequele psicologiche per coloro che hanno assistito i pazienti Covid durante la pandemia, la risposta è stata univoca. Tutti i 17 partecipanti hanno confermato la necessità di ricevere un sostegno, dal momento che: *“[...] è pesante nel momento in cui vedi morire anche gente giovane, è pesante nel momento in cui ti devi anche “giustificare” nei confronti di alcune persone che dicono che sei un esagerato; è pesante tutto. Ecco è pesante affrontare la quotidianità; è pesante affrontare il turno in un certo modo; è pesante non andare in bagno; non mangiare. [...] Beh, il terrore. Terrore! Terrore, ansia. [...] che una persona magari non ce la facesse. Il terrore di vestirti... Anche il terrore di vestirti male, [...]. Quindi paura. Lo stato d'ansia principale è la paura. La cosa paradossale però è che [...] purtroppo è diventata quasi un'abitudine. Ed è brutto perché [...] la normalità dovrebbe essere: “Vado a lavoro e mi metto la divisa”, e non “Vado a lavoro e mi metto una divisa e mi scafandro per stare quattro ore e mezza in un reparto covid”.*” (GU05)

Si rende allora necessario questo supporto, anche per prevenire tra gli infermieri, i frequenti episodi di burn-out. A seguire riportiamo alcune delle esperienze ritenute più significative dei partecipanti: *GUI0: “[...] Ho avuto qualche crisi, come fosse un po' di panico, bardata così dovevo aprire le finestre e mettere la testa fuori. [...]. Però il burn-out ci viene, ci viene un po' a turno, e sono quei periodi che praticamente una parola e ti viene da piangere”.*”

GU16: *“Tante mie colleghe [...] sono crollate [...], una ha preso malattia perché proprio non ce l'ha fatta, un'altra [...] alla fine di tutto [...], si è un po' lasciata andare...”*

GU11: *“Si aveva angoscia nell'andare a lavorare e gioia nel momento in cui uscivi dal lavoro. Nel senso che dicevi “Ah anche oggi è andata bene!” [...]. All'inizio ti dico che sì, episodi del genere mi sono accaduti: la notte mi svegliavo; non dormivo; tristezza nell'andare a lavorare; angoscia... Che altro? [...] Non nego di avere avuto le lacrime agli occhi qualche volta, più che altro per la situazione che abbiamo vissuto che era uguale per tutti, per noi come infermieri, come sanitari [...]. Era un malessere di vita. Però si andava avanti, si andava avanti...”*

A seguito di quanto riportato, un infermiere chiarisce quali sono le conseguenze di un'esposizione continua all'angoscia; le schematizza in due profili: GU17: *“Soprattutto si è persa la fiducia nel proprio lavoro, io ho avuto colleghi che mi hanno chiamato dicendomi “Io mi licenzio!”. Si era arrivati a questo punto: gente che aveva crisi d'ansia e che doveva prendere le gocce sennò non riusciva a lavorare; persone che mi hanno detto addirittura per telefono “Chi cavolo mi ha costretto a fare l'infermiere?” oppure “Chi mi ha fatto fare questo lavoro?”.”*

Quindi se da un lato, la conseguenza è “perdere la fiducia nel proprio lavoro”; dall'altro è che: GU17: *“. Il covid ha slatentizzato molte persone borderline. Infermieri che erano psicologicamente più deboli, persone un po' più fragili, il covid ha slatentizzato questa loro fragilità psicologica e l'ha tirata fuori in molte persone. Diciamo che sono uscite un po' fuori di testa. Molti si sono fatti spostare [...]”.*

2.3.2 Sottocategoria 2: Paura per la famiglia.

Un'altra problematica risultante dalle interviste è quella relativa all'apprensione per la famiglia. In questo caso, la paura di essere la causa di contagio anche per coloro che si amano, diverrebbe una notevole fonte di stress, angoscia e sensi di colpa. Quanto appena detto viene supportato da diverse interviste: GU06: *“In più la paura [...], non è soltanto per te stessa, quanto più per il fatto che torni a casa in un ambiente familiare, dove ci sono persone care, dove ci sono i figli. [...], il fatto di doverti avvicinare a un paziente che è positivo è stressante -ma aldilà per te-, anche per gli altri; perché torni poi a casa. [...] Perché, comunque, tu il tuo rischio lo sai [...], che però poi dopo tu debba essere la causa di altre persone...”.*

GU01: *“Essendo io separata [...], nel momento in cui mio figlio non andava a scuola, io lo dovevo lasciare ai miei genitori, [...]. E quindi il problema, il pensiero era più verso i miei genitori che sono più anziani e hanno qualche problema di salute... E quindi pensavo: “Loro non escono; loro stanno attenti; però sono io che gli porto un probabile vettore all’interno della casa”. Però uno aveva anche le mani legate perché, non sapevo come fare...”*

Al gravoso stress psicologico che accompagna e compromette la qualità assistenziale, si aggiunge una ricaduta da un punto di vista degli affetti individuali. Viene riportata l’esperienza di un’infermiera: GU16: *“Ho avuto dei riscontri anche a casa [...], specie col mio compagno. L’ho allontanato. Ci sono stati un periodo di 2-3 mesi in cui nonostante lui mi cercasse, io mi sottraevo. [...]. Volevo stare da sola, non avevo voglia di parlare.”*

Toccante è la testimonianza di un’infermiera -che è anche una mamma-, la quale parla di come ha gestito la relazione “Covid-figli”: GU03: *“Non li ho abbracciati e non li ho baciati [...] se loro si avvicinavano io li staccavo. Insomma, cercavo di non farli venire da me...”*

2.3.3. Sottocategoria 3: Necessità di Supporto psicologico.

Il seguente sotto capitolo verrà suddiviso idealmente in tre sezioni, ciascuna delle quali tratterà rispettivamente: 1) Se l’azienda ha fornito un Servizio di consulenza psicologica; 2) Come è stato erogato il Servizio; 3) Opinioni in merito a chi dovrebbe usufruire della prestazione.

Partendo dal punto 1, le risposte dei partecipanti si sono divise in due gruppi: c’è chi ha sostenuto che la sua Azienda non ha attuato delle misure in proposito, come nel caso di: GU15: *“Nessuno ci ha mai detto: “Hai bisogno di parlare con uno specialista per un consiglio?”*” o ancora GU13: *“L’Azienda non ci ha detto niente. Era un servizio che veniva pubblicizzato dal comune sui social.”*; c’è chi invece afferma di essere stato tutelato da questo punto di vista, come è il caso di: GU08: *“La nostra azienda, ci ha fornito uno psicologo disponibilissimo e molto valido, [...]. Devo dire che l’ASUR da questo punto di vista [...] ci ha trattato bene.”*. Ancora, si riportano le parole di un infermiere: GU17: *“Per chiunque penso c’è bisogno di un supporto psicologico per*

questo periodo. L'azienda si è organizzata per questo, e c'era la possibilità di parlarne con degli psicologi per chi voleva ma non sono andate molte persone... Forse per orgoglio personale, non so, [...]. Non so, forse per dire “No, io sono forte e vado avanti da solo.”, probabilmente questo.”

Dopo un attento studio è emerso come, nonostante il Servizio fosse percepito come fondamentale, solo un numero esiguo degli intervistati ha usufruito dell'attività. La presente ricerca si è preoccupata di indagare le possibili cause alla base di questa scelta.

GU10: “Io non l'ho fatto perché in quel momento volevo stare il meno possibile in ospedale [...] ... Io preferivo non stare più tempo oltre quello necessario, non me la sentivo.”

Un'altra motivazione ci viene da *GU11: Negazione dello Stato di malessere! [...]. Poi penso anche che in un ambiente ospedaliero dicono: “Eh quello è andato dallo psichiatra...”*, per questo la gente non ci va! E anche noi sanitari non ci andiamo perché dopo diventiamo invalidi, e ci sono delle idoneità al lavoro, perché poi ti tengono a casa. Questo un po' ti fa riflettere, e allora tu neghi l'esistenza di questo malessere e vai avanti finché poi alla fine lo superi [...].”

La ricerca arriva ad affrontare così il punto 2, per cercare di capire se c'è una qualche correlazione tra “modalità di erogazione del Servizio” ed “adesione allo stesso”. Molti infermieri sostengono di essere venuti a conoscenza del servizio casualmente, attraverso bigliettini, recapiti telefonici e “passa parola” ... Quel che emerge è che non è stata fatta propaganda al servizio, cosa che ha portato molti a non aderire. È il caso di *GU01: “Penso che era necessaria una figura psicologica [...], io da quello che so non è stata fornita. Non l'ho chiesta è, quindi potrei anche sbagliare [...] però non è stata fatta pubblicità, [...] come a dire: “Ragazzi alle ore tot in aula magna ci sarebbe lo psicologo per chi vuole.”* Io penso che a volte chiedere è più difficile che se ti venga data la possibilità di sfogarti. Cioè se io infermiera devo andare dalla coordinatrice o da chicchessia e dire “Ho bisogno di un confronto con una figura professionale di questo genere” è più difficile che nel momento in cui ti viene proposto.”

Ancora, un'infermiera si è lamentata della “freddezza” con la quale il Servizio veniva offerto, condizione che non propiziava di certo l'adesione volontaria. Si riporta l'esempio di: GU04: *“L'unica cosa che ho visto sono stati dei foglietti in cui ci dicevano che se avevamo necessità potevamo contattare online lo psicologo [...]. Però è una cosa talmente fredda [...]. Avresti voglia di farla quella cosa però il fatto di vederla in quel modo freddo, e poi di farla online, ti passa e vai avanti.”*

Lo studio arriva a toccare il terzo punto, quello relativo alle opinioni su chi dovrebbe usufruire del Servizio Psicologico. Tutti i partecipanti allo studio si sono mostrati concordi nell'affermare che ciascun professionista sanitario dovrebbe poter usufruire del servizio; tuttavia, si individuano due sottogruppi che aggiungono importanti considerazioni. Nel primo sottogruppo si trovano coloro che -oltre a ribadire l'importanza di una consulenza psicologica per i professionisti-, sostengono la necessità di un supporto anche per il paziente. Gli infermieri che hanno affrontato spontaneamente questa teoria, ne sono 6 su 17. Poiché però trattare questo materiale significherebbe andare fuori tema dalla Ricerca originaria -ovvero “Indagare i bisogni degli Infermieri” -, ci limiteremo a quanto detto. Invece, inerente all'oggetto di studio della Ricerca, è quanto viene riportato dal secondo sottogruppo, dove 2 infermiere su 17 affermano che il supporto psicologico è necessario soprattutto per coloro che lavorano nelle aree critiche.

GU13: *“Allora secondo me per il nostro lavoro e soprattutto nelle aree critiche ci vorrebbero sempre degli psicologi che ci seguono.”*

La spiegazione di quanto viene detto è data da un'altra infermiera: GU01: *penso che [...] per il personale che lavora [...] in rianimazione da tanti anni, ci sia proprio bisogno di un'assistenza psicologica [...] io ho lavorato per tanti anni nell'area critica quindi non so se il carico emotivo e lo stress fisico [...] in altri reparti [...] -dove tu la maggior parte delle volte vedi il paziente che esce con le proprie gambe-, sia paragonabile allo stress emotivo del personale che lavora nei reparti dove invece la maggior parte delle volte perde i propri pazienti...”*

CAPITOLO 3. DISCUSSIONI

Partendo da una meticolosa analisi dei Risultati e dei Temi affrontati dai diciassette partecipanti allo studio, è stato possibile evincere quali i bisogni principali espressi dal personale sanitario durante la pandemia. I bisogni individuati, sarebbero stati in un primo momento confrontati con quelli tratteggiati da Abraham Maslow (Maslow, 1954) allo scopo di verificare l'effettiva soddisfazione degli stessi e a quale grado. In un secondo momento, i bisogni emersi sarebbero stati paragonati a quelli suggeriti dallo studio di Shanafelt (Shanafelt & al., 2020). Con il presente elaborato, si è infatti cercato di capire se durante la pandemia, i professionisti sanitari hanno soddisfatto o meno quelle esigenze universali individuate da Maslow, e casomai, quali fossero i bisogni non soddisfatti, al fine quindi di individuare eventuali soluzioni. Invero, lo scopo primario dello studio, era appunto quello di partire dai bisogni e quindi scoprire le mancanze percepite dagli infermieri, per arrivare eventualmente -e solo secondariamente-, all'individuazione di tattiche e strategie per risolverle.

Partendo dal primo bisogno individuato da Maslow, quello *Fisiologico*, la Ricerca ha constatato una parziale insoddisfazione dello stesso per un numero ristretto di partecipanti. Alcuni partecipanti hanno espresso un rincrescimento su questo punto, affermando di essere venuti meno alle loro esigenze fisiologiche: “È pesante affrontare il turno in un certo modo; è pesante non andare in bagno; non mangiare” (vedere intervista GU05 in 2.3.1). Quanto detto sarebbe in linea con quanto affermato anche dallo studio di Mersha che vede nella pandemia una situazione preoccupante perché fautrice di condizioni di lavoro disumane; con turni infiniti e senza pause (Mersha & al., 2020). In più interviste si è poi trattato del tema delle “tute”, ritenute scomode dai più, perché pesanti e troppo calde. Ne è conseguito un evidente disagio fisico.

Soddisfatto il primo bisogno, si procede nella piramide di Maslow, per passare al conseguimento del successivo: quello di *Sicurezza*. Purtroppo, per questo punto, è stata messa in luce una grandissima insoddisfazione dello stesso nella prima ondata. La sicurezza non c'è stata, perché non c'è stata una prevedibilità del virus, dei percorsi e dei protocolli (Bhagavathula & al., 2020); l'evento -poiché improvviso-, in un primo momento non ha creato il presupposto adatto per produrre percorsi e protocolli ad hoc,

teoria sostenuta anche dai più degli intervistati. Di certo, l'immediatezza della pandemia non ha consentito l'attuazione iniziale di piani idonei al fenomeno (Bhagavathula & al., 2020), tuttavia questo non dovrebbe giustificare troppo bonariamente l'incapacità da parte del Sistema Sanitario di affrontare la situazione, anche se solo all'inizio... E allora, a questo punto è lapalissiana l'insoddisfazione da parte dei professionisti riguardo coloro che invece avrebbero dovuto aiutarli e tutelarli. Il presente studio, dunque, riscontra una denuncia velata, ma neanche troppo, alla Dirigenza ospedaliera, ritenuta incapace -non per dolo ma per inesperienza diretta sul campo-, di aiutare concretamente i professionisti sanitari. Ancora, dallo studio emerge una critica inconscia alla formazione ricevuta, che prevedeva un insegnamento insufficiente della gestione delle possibili pandemie; tuttavia, la critica potrebbe essere rivolta più in generale al Servizio Sanitario Nazionale, incapace di arginare la situazione.

Ma se la Sicurezza è data dalla "prevedibilità", è data anche dalla "tranquillità". Il problema dei DPI inadeguati e insufficienti (Nurse Times, 2020), allora sembrerebbe ancora più grave di quanto immaginato, in quanto minerebbe l'indennità mentale degli stessi operatori (Landini, 2020). Certamente "bardarsi" si rende obbligatorio, ma allo stesso tempo bisognerebbe forse valutare prima della vestizione, lo stato di serenità mentale dell'infermiere... Ancora, l'incapacità percepita dagli infermieri nella vestizione oltre ad essere un problema -se vogliamo psicologico-, per chi lo vive; lo stesso diverrebbe un fondato presupposto di una condizione rischiosa per sé e per gli altri. L'incapacità di vestizione e svestizione è allora un duplice problema poiché mette a rischio la salute individuale (mentale e fisica) e collettiva. Ci troviamo allora di fronte ad un problema, ancora una volta, più grave di quanto considerato. Certamente, essere il "vettore della malattia", implicherebbe notevoli sensi di colpa per chiunque. Se si pensa poi, che si parla di professionisti sanitari – i quali vedono ogni giorno le conseguenze dovute al Covid-19 nei loro pazienti-, questo senso di colpa si aggrava, perché, invece che arginare il problema, si ha la sensazione di essere complici e fautori dello stesso (Scarano, 2020).

La Serenità cui si accennava sembra non esserci mai stata per tutta la durata della pandemia, dalla prima ondata fino alla terza. La paura di contagiarsi, di contagiare i

familiari, lo stress continuo, hanno portato i professionisti sanitari a vivere vere e proprie esperienze di burn-out (Scarano, 2020). Da qui, l'importanza di ricevere un supporto psicologico prima, durante e dopo queste esperienze, al fine di ridurre al minimo il rischio di PTSS. Questo concetto è stato precedentemente riportato in letteratura (Chan & Al., 2004) (Rossi & al., 2020) (Mira & al., 2020) (El-Hage & al., 2020) (Petzold & al., 2020). È necessario però aprire una parentesi; dai risultati emersi è possibile affermare che questa sicurezza nella prima ondata non c'è stata, tuttavia, la situazione è migliorata progressivamente con la seconda e terza ondata.

Arrivando al terzo gradino della Piramide, si soddisfa il bisogno di *Appartenenza*. Questa categoria rappresenta il desiderio di ciascun individuo di far parte di un gruppo nella società. In linea generale è possibile credere -in accordo con quanto affermato da Petzold (Petzold & al., 2020)-, che effettivamente il segreto per affrontare e superare il disagio è la condivisione delle esperienze con il gruppo. A tal proposito, si è concretamente riscontrato un miglioramento dal punto di vista dell'unità e complicità percepita tra i colleghi infermieri. Il fatto di essere accomunati da un unico scopo: quello di debellare il virus, ha certamente reso coesa la comunità di infermieri. La conclusione è che il bisogno di Appartenenza è stato pienamente soddisfatto dalla maggior parte degli intervistati.

Purtroppo, non si può dire lo stesso del bisogno di *Stima*. Si è passati da una condizione dove l'infermiere non era percepito come un professionista, per arrivare a una fase in cui lo stesso veniva glorificato e osannato. Certamente, tra i “vantaggi” o meglio, tra le “conseguenze positive” della pandemia, un posto importante lo occupa l'evoluzione nella considerazione sociale dell'infermiere. Se prima del Covid-19 l'infermiere era visto come un “io marginale”, un essere subordinato, assoggettato e coadiuvante alla figura del medico – unico vero protagonista della cura del paziente, secondo l'immaginario collettivo-; oggi, viene apprezzato come colui che -certamente insieme al medico, ma non da subordinato-, collabora partecipando attivamente e autonomamente nella gestione del malato.

Tuttavia, se in un primo momento il bisogno di stima è stato appagato dalla definizione di “infermieri-eroi”, pian piano tale accostamento è andato scemando, sfociando addirittura -nella seconda e terza ondata della pandemia-, nell'accusa di essere “untori” o

peggio “cospiratori” (Iodice, 2020); (Nardini, 2020). Si rende comunque necessaria una parentesi relativa all’accostamento “Infermiere eroe”. È a tutti noto, grazie anche alla diffusione delle notizie per via dei mass media, come l’infermiere sia stato più volte dipinto come un “Angelo” o un “eroe” nel corso della pandemia (Azienda USL Ferrara, 2021). Tali attributi, se formalmente e solo superficialmente potrebbero sembrare lusinghieri, appaganti e onorevoli, non fanno che mistificare e confondere quello che è il vero ruolo dell’infermiere. Non è corretto parlare di missione, o peggio di vocazione. Trattasi prima di tutto di un lavoro. Un lavoro che al suo interno vede esercitare non degli “angeli”, degli “eroi” o dei “missionari”, bensì dei Professionisti (Rodriquez, 2021); (Cotichelli, 2020). Certamente, essere definiti eroi potrebbe o “*fa piacere*”, come riportato nell’intervista *GU09*, ma questa descrizione non dovrebbe in alcun modo farsi vicaria al vero ruolo dell’infermiere che, dovrebbe vedere la sua professione come appunto un lavoro, al fine di non cadere in una definizione sommaria, semplicistica e banale del proprio esercizio. Affiancare alla parola “infermiere” l’attributo di “Angelo” o “eroe”, significa dare per scontata questa figura, significa accettare e giustificare delle ingiustizie (sociali o economiche) poiché si tratterebbe di figure eteree, quasi soprannaturali, con dei super poteri, disposte a tutto pur di espletare la propria “missione”.

Stima significa essere rispettati, approvati e riconosciuti da un punto di vista sociale, ma anche economico. Anche per quest’ultimo aspetto gli infermieri si reputano insoddisfatti, soprattutto dopo aver fatto un confronto con altre politiche dove invece il professionista guadagna di più ed è riconosciuto come tale, e non come un “*Fannullone*” (Vedere intervista *GU11* in 2.1.1). Al momento del colloquio, è emerso come gli incentivi fossero stati elargiti allo stesso modo ad ogni infermiere impegnato in qualsiasi ambito assistenziale, anche differente dal contesto Covid. Dalle interviste emerge un problema ben più grande, ovvero l’incapacità -o la “falsa inabilità” -, da parte dello stato di individuare la categoria di professionisti realmente a rischio - infettivo e psicologico-, facendo ancora una volta “di tutta l’erba un fascio”, arginando il problema in modo semplicistico. E così, per non dar dispiacere a nessuno, si stanziavano soldi a vantaggio di tutti, favorendo apparentemente chiunque, ma in realtà penalizzando chi ne ha realmente bisogno. A questo punto, resta ancora un mistero,

perché, nonostante il problema sia noto, si è continuato ad ignorare le esigenze del personale sanitario in termini economici. (Nurse Times, 2020)

Sintetizzando quanto riportato, è emerso un grande disagio che si traduce in una minima, se non nulla, soddisfazione del bisogno di stima.

Se partiamo dall'assunto che è alla base della Piramide di Maslow -ovvero che si può arrivare al soddisfacimento del bisogno successivo solo quando si è soddisfatto quello che lo precede (Maslow, 1954) -, il presente studio conclude che l'ultima necessità da soddisfare -espressa dagli infermieri intervistati-, sarebbe stato il "bisogno di Stima". Va da sé che nello stesso elaborato non sia stato espresso il "bisogno di *Autorealizzazione*", che costituirebbe l'ultimo livello della Piramide di Maslow. In conclusione, si evince che i partecipanti non abbiano espresso un "bisogno di *Autorealizzazione*", in quanto prima non si era pienamente soddisfatti il "bisogno di Stima" (che lo precedeva gerarchicamente). Emerge allora una considerazione: sebbene il bisogno di *Autorealizzazione* non sia stato espresso, questo non significa che non sia stato riconosciuto come importante o universalmente valido; infatti, questo bisogno, secondo Maslow, sarebbe insito in ciascuno. Il fatto che non sia stato riferito è indicativo di un problema maggiore, è campanello di allarme poiché sottolinea un disagio a prodromi: è infatti naturale che se non si soddisfa il bisogno di Stima, non si può avanzare nella scala dei bisogni. E allora, una non manifestazione di un bisogno -come è il caso di quello dell'*Autorealizzazione*-, è già un bisogno; è già un evento estremamente grave degno di considerazione. Non bisogna quindi cadere nell'errore di fermarsi al fatto, all'apparenza, ma bisognerebbe ulteriormente indagare sulla motivazione dell'assenza di un bisogno -ritenuto universale-, magari con ulteriori studi.

In un secondo momento si sono confrontati i bisogni emersi con quelli riportati da Shanafelt: "*Ascoltami, proteggimi, preparami, sostienimi e curami [...], i datori di lavoro devono fornire un supporto psicosociale a tutti i dipendenti che risponda a queste richieste e si concentri su: creazione di un ambiente psicologicamente sicuro, una forte leadership, chiare strategie organizzative per il benessere del personale, una comunicazione coerente e un significativo supporto del team.*" (Shanafelt & al., 2020).

I bisogni riportati sembrerebbero effettivamente coerenti con quelli individuati dal presente elaborato; tuttavia, nell'elenco mancherebbero i bisogni di *Stima* prima citati. Questo studio si conclude con l'osservazione che -come ipotizzato-, i bisogni evidenziati dalla Ricerca nella letteratura non erano abbastanza completi. Lo stesso studio allora, diverrebbe la base per ulteriori ricerche su questo tema, dalle quali si potranno in futuro ipotizzare soluzioni per soddisfare dapprima il bisogno di *Stima*, e solo dopo pensare ad appagare il bisogno di *Autorealizzazione*.

BIBLIOGRAFIA

- Annells, M. (1996). *Fenomenologia ermeneutica: prospettive filosofiche e uso attuale nella ricerca infermieristica*. Tratto da PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8675887/>
- Azienda USL Ferrara. (2021, Maggio 11). "Angeli in corsia", gli infermieri al tempo del Covid. Tratto da Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna: <https://www.ausl.fe.it/home-page/news/angeli-in-corsia-gli-infermieri-al-tempo-del-covid>
- Baker, S. E., & al., e. (2012). *Quante interviste qualitative sono sufficienti*. National center for research method.
- Ballesio, A., & al., e. (2021). *Advice for dealing with sleep problems of hospital staff during the COVID-19 outbreak*.
- Bhagavathula, A., & al., e. (2020, Aprile). *Knowledge and Perceptions of COVID-19 Among Health Care Workers: Cross-Sectional Study*. .
- Braun, V., & Clarke, V. (2008). Utilizzo dell'analisi tematica in psicologia. *Taylor & Francis*.
- Chan, A., & Al., e. (2004, Maggio). . *Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore*. .
- Chen, X. (2000). *Metodi di ricerca qualitativa e ricerca nelle scienze sociali*. Tratto da Stampa di scienze dell'educazione: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?>
- Cohen. (2000). *Hermeneutic Phenomenological Research: A Practical Guide for Nurse Researchers*. SAGE Publications, Inc.
- Cotichelli, G. (2020). *Nurse24.it*. Tratto da Infermieri né eroi né martiri: <https://www.nurse24.it/dossier/covid19/infermieri-ne-eroi-ne-martiri.html>
- El-Hage, & al., e. (2020). *Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ?* .
- Ferro, E. (2020, febbraio 22). Adriano Trevisan, la prima vittima di coronavirus in Italia. *la Repubblica*. Tratto da https://www.repubblica.it/cronaca/2020/02/22/news/adriano_trevisan_la_prima_vittima_di_coronavirus_in_italia-249260446/
- Ghebreyesus, T. A. (2020). *Discorso di apertura del Direttore generale dell'OMS al briefing per i media su COVID-19*. World Health Organization. Tratto da <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Giuliani, F. (2020, febbraio 11). L'OMS lancia l'allarme: "Coronavirus più pericoloso del terrorismo". *il Giornale.it*. Tratto da <https://www.ilgiornale.it/news/mondo/loms-lancia-lallarme-coronavirus-pi-pericoloso-terrorismo-1825209.html>

- Governo, I. (2020, marzo 9). DPCM. Tratto da Sito Web Governo.it:
<http://www.governo.it/it/articolo/firmato-il-dpcm-9-marzo-2020/14276>
- Il sole 24 ore. (2020, marzo 27). Coronavirus, Italia 969 morti in più (+11,9%), mai così tanti. Superata la Cina per casi: 86.498. Lombardia: 541 morti, +11%. Casi totali a 37.298 (+6,9%). *Il Sole 24 ore*. Tratto da https://www.ilsole24ore.com/art/coronavirus-italia-lombardia-ultimi-dati-27-marzo-AD5AQP?refresh_ce=1
- Iodice, A. (2020). *Da eroi a untori, quando medici e infermieri sono accusati di diffondere il virus*. Tratto da Sanità Informazione: <https://www.sanitainformazione.it/lavoro/da-eroi-a-untori-quando-medici-e-infermieri-sono-accusati-di-diffondere-il-virus/>
- Landini, E. (2020). Il disagio termico causato dall'utilizzo dei DPI delle vie respiratorie: criticità e prevenzione. *Informaora.com*.
- Maslow, A. (1954). *Motivazione e personalità*. Armando editore.
- Mersha, A., & al., e. (2020). *Perceived barriers to the practice of preventive measures for COVID-19 pandemic among health professionals in public health facilities of the Gamo zone, southern Ethiopia: a phenomenological study*. Tratto da <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7820827/>
- Mira, J., & al., e. (2020). *Acute stress of the healthcare workforce during the COVID-19 pandemic evolution: a cross-sectional study in Spain*. Tratto da <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042555>
- Moretti, C., & Al., e. (2021, Luglio 29). *Prendersi cura. Infermieristica verso i malati di Covid-19 durante l'emergenza pandemica in Italia: uno studio qualitativo*. Tratto da Acta Biomedica: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8383221/#ref14>
- Nardini, F. (2020, Ottobre 21). Rabbia infermieri: "Noi, da eroi a untori". *Il resto del Carlino*. Tratto da Il Resto del Carlino.
- Nurse Times. (2020). Coronavirus, gli Opi abruzzesi scrivono alla Regione: "DPI inadeguati e insufficienti". *Nurse Times*.
- Nurse Times. (2020). *Ecco quanto vale un "eroe": gli stipendi ridicoli e i turni massacranti degli infermieri*. Tratto da NurseTimes: <https://nursetimes.org/ecco-quanto-vale-un-eroe-gli-stipendi-ridicoli-e-i-turni-massacranti-degli-infermieri/83922>
- Pan, S. (2003). *Ricerca qualitativa: Teoria e applicazione*. Tratto da <http://search.ebscohost.com/login.aspx?>
- Petzold, & al., e. (2020). *Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Covid-19-Pandemie [Dealing with psychological distress by healthcare professionals during the COVID-19 pandemia]*.
- Rezza, G., & al., e. (2020, ottobre 30). *Epicentro epidemiologia per la sanità pubblica*. Tratto il giorno febbraio 13, 2020 da Epicentro: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2>

- Rodriquez. (2021). *Gli infermieri non sono eroi ma professionisti che vanno riconosciuti come tali*. Tratto da Quotidianosanita.it: http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=93847
- Rossi, R., & al., e. (2020). *Risultati di salute mentale tra gli operatori sanitari in prima linea e di seconda linea durante la pandemia del Coronavirus 2019 (Covid-19) in Italia*. Tratto da Rete JAMA aperta: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.10185>
- Russo, P. (2020, marzo 5). Coronavirus, in terapia intensiva i letti sono finiti: "Il sistema sanitario è al collasso". *La Stampa*. Tratto da <https://www.lastampa.it/cronaca/2020/03/05/news/coronavirus-in-terapia-intensiva-i-letti-sono-finiti-il-sistema-sanitario-e-al-collasso-1.38550946>
- Scarano, C. S. (2020). *Storie al limite, timori e paradossi: la vita degli infermieri nell'emergenza Coronavirus*. Tratto da Informazione Sanità: <https://www.sanitainformazione.it/lavoro/storie-al-limite-timori-e-paradossi-la-vita-degli-infermieri-nellemergenza-coronavirus/>
- Shanafelt, T., & al., e. (2020). *Mitigating the Psychological Impact of COVID-19 on Healthcare Workers: A Digital Learning Package*. *International journal of environmental research and public health*. Tratto da <https://doi.org/10.3390/ijerph17092997>
- Vellone, E., & al., e. (2011). *L'esperienza della qualità della vita per i caregiver delle persone con malattia di Alzheimer che vivono in Sardegna, Italia*. Tratto da PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21807960/>

ALLEGATI

ALLEGATO 1. CONSENSO INFORMATO

MODULO DI CONSENSO INFORMATO REGISTRATO

Gentile infermiere,

La ringrazio per aver accettato di partecipare a questo studio.

Come già detto l'obiettivo dell'indagine è quello di descrivere e confrontare le diverse esperienze vissute dagli infermieri durante la pandemia. Nel corso della nostra intervista, successivamente ad alcune domande di carattere sociodemografico, Le proporrò delle domande a risposta aperta. La invito a parlare liberamente, a descrivere ciò che realmente sente, non ci sono risposte giuste o sbagliate. Questo nostro colloquio resterà del tutto confidenziale.

La piattaforma adoperata per lo svolgimento della nostra intervista sarà semplicemente utilizzata per consentire a noi un contatto visivo. L'intervista sarà da me audioregistrata al solo scopo di permettere una più precisa estrapolazione di dati. In nessun modo sarà possibile associare Lei a quanto riportato nell'intervista.

La Sua adesione ci permette di raccogliere ed analizzare le informazioni e di divulgarle alla comunità scientifica nel pieno rispetto della normativa vigente sul trattamento dei dati personali.

Le ricordo che la Sua partecipazione allo studio è completamente volontaria e Lei si potrà ritirare in qualsiasi momento e per qualsiasi motivo.

La invito pertanto a ribadire il suo consenso alla partecipazione allo studio: acconsente a partecipare e a permettere l'audioregistrazione dell'intervista?

ALLEGATO 2. QUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO

QUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO

Data _____

Codice _____

1. Et : _____

2. Sesso: 1. Maschio 2. Femmina

3. struttura/unit  operativa presso la quale lavora _____

4. Regione _____

5. Tipo di struttura: 1. Pubblica 2. Privata
3. Convenzionata

6. Stato civile: 1. Celibe/Nubile 2. Coniugato/Convivente
3. Separato/Divorziato 4. Vedovo/a

7. Quanti figli ha? N  _____ figli

8. Formazione (indichi il massimo livello conseguito)

1. Diploma Scuola Regionale 2. Diploma Universitario 3. Diploma di Laurea
4. Laurea Magistrale 5. Dottorato di Ricerca

9. Formazione Universitaria (corsi di perfezionamento, master).   possibile indicare pi  di una risposta

1. Corso di Perfezionamento 2. Master I livello 3. Master II livello

10. Da quanti anni lavora _____

11. Indichi la sua principale area lavorativa (dove lavora normalmente)

1. Area Critica 2. Medica 3. Salute Mentale
4. Chirurgica 5. Riabilitativa 6. Materno/Infantile 7. Ambulatorio/Servizi
8. RSA 9. Territorio 9. Altro (specificare) _____

12. Ruolo: 1. Dirigente delle professioni infermieristiche

2. Coordinatore Infermieristico 3. Infermiere

13. Turno di lavoro: 1. rotazione (h 24) 2. rotazione (h 12)

3. fisso

14. Durante questi ultimi mesi di lavoro è stato contagiato dal COVID19:

1. Sì 2. No

15. In caso di contagio è stato curato a casa o in ospedale?

1. Casa 2. Ospedale

16. Lei è stato un soggetto definibile:

1. asintomatico 2. paucisintomatico (paziente infetto che ha sintomi della malattia da nuovo Coronavirus (Covid-19) molto modesti) 3. sintomi seri tali a richiedere il ricovero ospedaliero

17. Prima dell'assistenza ai pazienti affetti da COVID ha ricevuto una formazione specifica?

1. Sì 2. No

18. Lavorare nell'assistenza diretta a pazienti COVID è stata una sua scelta:

1. Sì 2. No

19. Indichi la sua attuale area lavorativa in relazione al periodo COVID

1. Rianimazione-Terapia Intensiva 2. Terapia sub intensiva 3. Degenza COVID

4. Pronto Soccorso 5. 118 6. servizi territoriali (ADI) 7. RSA

8. Altro _____

20. Durante questa pandemia COVID 19 Lei vive con quella che considera la sua famiglia?

1. Sì 2. No

La ringrazio, ora passeremo alla parte centrale della nostra intervista. Le chiedo di rispondere liberamente alle seguenti domande, ricordandole che non ci sono risposte giuste o sbagliate. La invito ad esporre tutto ciò che Le viene in mente e che Lei ritiene significativo o non... la sua opinione ed il Suo vissuto esperienziale e ciò che questa esperienza rappresenta per Lei è il fulcro della nostra indagine

1. *Qual è la sua opinione riguardo il riconoscimento sociale ed economico degli infermieri durante la pandemia?*
2. *Secondo il suo vissuto esperienziale, da un punto di vista organizzativo, gli infermieri hanno lavorato in sicurezza?*
3. *Secondo la sua esperienza, vi è stata/vi è la necessità di ricevere un supporto per affrontare le sequele psicologiche per gli operatori che assistono i pazienti COVID? Se sì, la sua organizzazione ha attuato delle misure in proposito e di che tipo?*

Ringraziamenti

Il primo ringraziamento lo rivolgo alla mia relatrice, Valentina Simonetti, che ha accettato di guidarmi in questa avventura: le sono immensamente grata perché, inducendomi con pazienza e perseveranza a credere nelle mie capacità, è riuscita a trasmettermi l'amore per la ricerca, facendo emergere da questo lavoro il meglio di me.

Grazie a tutta la mia famiglia, che ha insistito perché io continuassi Infermieristica in un momento in cui avevo voglia di rinunciarvi. Ringrazio in particolar modo mia sorella Eleonora, la quale è sempre stata presente e non ha fatto che sostenermi, ascoltarmi e supportarmi. La ringrazio perché, se non le avessi dato ascolto, non avrei mai incrociato nel mio tragitto tutte quelle persone meravigliose che invece ho conosciuto avventurandomi nei diversi reparti dell'ospedale Mazzoni.

Un ringraziamento particolare va allora a tutti quei medici ed infermieri/e che hanno saputo guidarmi con dolcezza, pazienza ed energia durante i tre anni di tirocinio clinico, dandomi chiare risposte ad ogni dubbio, e soprattutto facendomi innamorare -forse per proprietà transitiva-, del mondo dell'assistenza e della medicina. Li ringrazio anche perché la maggior parte di questi -trattandomi come una figlia-, non ha esitato nel confidarmi di aver visto in me un potenziale, una "luce particolare", invisibile ai miei occhi forse fino a questo momento. Grazie.

Infine, ringrazio tutti quei 17 professionisti infermieri partecipanti allo studio, che hanno reso possibile la stesura della tesi dimostrando grande disponibilità, apertura e pazienza. Durante le interviste i partecipanti si sono rivelati non solo abili professionisti, ma hanno dato prova di essere -prima di tutto-, delle ottime persone.