

Eventi avversi da COVID-19 per gli operatori sanitari: è emergenza stress

Daiana Taddeo¹, Valeria Zurlo²

¹ SIMG Milano; ² SIMG Molise

"All I can feel is guilt. Guilt for my colleagues at the practice for adding to their workload. Guilt for the under-protected doctor in A&E who saw me when I became so breathless I needed to go to hospital. And mostly guilty for my children who watched me struggling to breathe and didn't know if they were going to see me again... As well as guilt I feel anger that we were so unprotected. Early on, we felt like we were going into the battlefield from the trenches in the first world war. It was very frightening".

In questa testimonianza rilasciata al giornale *The Guardian* da un *general practitioner* che ha contratto il virus, emerge la mole di emozioni e sentimenti che hanno accumulato medici e operatori sanitari coinvolti in questa emergenza. In acuto sentimenti di colpa per essersi contagiati e aver creato ulteriore sovraccarico lavorativo nei colleghi, timore e preoccupazione di trasmettere la patologia ai propri familiari ed emozioni di rabbia e ostilità nei confronti delle istituzioni non in grado di tutelare la sicurezza degli operatori.

Cosa è successo?

Sin dall'inizio dell'emergenza COVID-19, la sfida è stata far chiarezza tra le incertez-

ze intorno cui tutto ruotava: diffusione del virus, gravità e mortalità associata, importanza dei dispositivi individuali di protezione, disinfezione delle superfici, definizione dei segni e sintomi clinici per la rapidità della diagnosi.

Per il mondo sanitario, che ha vissuto esperienze simili negli anni precedenti, è opinione comune che una epidemia sia un'emergenza che colpisce le comunità non solo biologicamente, ma anche psicologicamente.

Lo dimostra il timore per questa malattia sconosciuta diffusosi tra la popolazione globale che, in più casi, ha generato manifestazioni di panico sotto forma dell'acquisto frenetico di generi di prima necessità, in vista di misure di quarantena e di blocchi di intere comunità.

Ma da subito, nelle aree primariamente colpite, è stata posta l'attenzione sui livelli di stress e di protezione della salute fisica per gli operatori sanitari (OS) coinvolti direttamente nella gestione della emergenza.

Background: non siamo nuovi allo stress da emergenze sanitarie

Negli ultimi 20 anni, varie epidemie virali hanno sconvolto il mondo a partire dal 2003 con la SARS (*Severe Acute*

Respiratory Syndrome), nel 2009 in Nord America l'H1N1, nel 2012 la MERS (*Middle East Respiratory Syndrome*) e nel 2014 in Africa occidentale l'Ebola. Ciascuna di queste emergenze ha messo in atto una serie di azioni riservate a tutti gli OS per rilevare l'impatto psicologico in seguito al carico di lavoro aumentato, contemplando altresì le evidenti necessità di proteggere la salute degli OS o il contagio dei propri familiari¹. L'OMS, nel 2011, a tal proposito, aveva già pubblicato un manuale di Primo Soccorso Psicologico per gli operatori chiamati in campo in particolari eventi emergenziali, in cui erano edotte azioni in tema di situazioni critiche, fortemente stressanti, che mettono a repentaglio le routine e le ordinarie capacità di coping dell'individuo e delle comunità di fronte ad avversità di ampia magnitudo, improvvise e urgenti².

A marzo 2020, sempre l'OMS è intervenuta nuovamente con un documento sullo stress correlato alla emergenza COVID-19, rivolgendosi alla popolazione e agli OS: sottolineando, per questi ultimi, che lo stress e i sentimenti che lo accompagnano non sono significativi di una scarsa efficacia della propria opera ma è il segno tangibile di sentirsi sotto pressione. Pertanto, è consigliato evitare la frustrazione che ne fa seguito prendendosi cura della propria salute psi-

Conflitto di interessi

Daiana Taddeo e Valeria Zurlo dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article: Taddeo D, Zurlo V. Eventi avversi da COVID-19 per gli operatori sanitari: è emergenza stress. Rivista SIMG 2020;27(3):16-19.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

cologica e fisica, ritagliandosi il tempo per il riposo e per alimentarsi, sfuggendo alla possibilità di fare uso di sostanze alcoliche e/o d'abuso e ricordando che ogni medico o OS è capace più di ogni altro di capire il modo migliore per assicurarsi uno stato di benessere psicofisico anche nelle situazioni più difficili³. È bene ricordare che proprio nell'ambito delle professioni sanitarie, si assiste a un gran numero di tentativi di suicidio, percentuali tra le più alte se confrontate con altri ambiti professionali esaminati. Ciò si spiega in base al fatto che spesso condizioni di disturbi della sfera dell'umore nell'ambito delle professioni sanitarie non sono intercettate e restano inosservate sino all'aggravamento stesso della patologia, soprattutto adducendolo al poco tempo che gli OS dedicano ai loro bisogni ed esigenze, anche durante i normali periodi di attività lavorativa⁴.

In letteratura vari sono gli esempi parimenti riportati sulle sequele psicologiche per gli OS durante le emergenze a lungo termine: esemplificativo è l'alto numero di OS affetti da disturbi acuti da stress nel 2009 durante la SARS e da sintomi psicosomatici nel 2014 durante l'emergenza Ebola.

A inizio maggio 2020, un gruppo di colleghi australiani guidati dal Kysely et al.¹ hanno condotto una rapid review e meta-analysis proprio per esaminare gli effetti psicologici subiti dai medici coinvolti nelle emergenze sanitarie e valutare cosa era già noto in letteratura riguardo le misure per la gestione dello stress e del distress psicologico tra gli OS.

Su oltre 10.000 studi presi in considerazione (qualitativi, di coorte, cross-sectional), solo 59 hanno soddisfatto i criteri di inclusione che erano sostanzialmente legati alla ricerca di reazioni psicologiche tra i componenti del comparto della sanità durante le emergenze già vissute e nuove, ovvero SARS, MERS, H1N1, H7N9, Ebola e COVID-19. Per la valutazione dello stress e del distress psicologico, varie sono state le scale utilizzate (IES-R, CES-D, GHQ e la sua versione cinese CHQ, MBI e MOS SF-36). Questa review ha messo in luce l'importanza di considerare lo stato mentale degli OS durante le emergenze, è emerso altresì come il datore di lavoro e le strutture nelle quali essi operano siano tenuti a implemen-

tare tutte le misure necessarie per evitare/mitigare l'accumulo di stress e di sentimenti di inadeguatezza con misure che agiscano direttamente sull'individuo (supporto individuale e sociale).

La review ha portato alla luce nuove conoscenze risultanti dalla pandemia COVID-19, in termini di fattori predisponenti e protettivi per lo stress indotto dall'ambiente di lavoro in stato emergenziale (Tab. I).

Questo lavoro sottolinea due nodi fondamentali per il miglior outcome psicologico degli OS durante l'emergenza: le strategie a supporto degli OS (Tab. II) in cui il peso assunto dalla disponibilità dei dispositivi di protezione individuale rivela che l'assenza di questi configuri una crescente sfiducia nei confronti delle istituzioni che va a potenziare lo sviluppo di stress e ansia e, inoltre, la conferma di quanto sia indispensabile, nella

implementazione della rete di emergenza, il supporto psicologico, compresi training in materia di rapporto tra medico-paziente/familiari, con un paziente nuovo che configura bisogni e obiettivi differenti rispetto alla normale pratica clinica (saper dare informazioni/risposte adeguate al paziente e soprattutto in emergenza ai familiari).

Evidenze emerse durante l'emergenza COVID-19

Cina e Italia, negli ultimi mesi, hanno dovuto sostenere non solo gli ammalati affetti da COVID-19 ma anche la salute mentale dei propri OS, gestendo stress, isolamento, inadeguatezza e frustrazione^{5,6}. In Italia uno studio condotto da De Girolamo et al.⁷ ha riportato l'esperienza dei Dipartimenti di Salute Mentale (DMHA) in Lombardia,

TABELLA I.

Fattori predisponenti e protettivi per lo stress indotto dall'ambiente di lavoro in stato emergenziale.

Fattori predisponenti l'insorgenza di disturbi da stress
<ul style="list-style-type: none"> • Sesso femminile • Figli • Famiglia • Familiari affetti da COVID-19 • Essere definito/sentirsi portatore di contagio (crescente sentimento negativo di isolamento) • Aver iniziato a lavorare da poco (poca esperienza professionale collezionata) • Training carenti o poco strutturati in tema di educazione psicologica nel rapporto medico-paziente • Anamnesi positiva per patologie psichiatriche o organiche pregresse
Fattori protettivi l'insorgenza di disturbi da stress
<ul style="list-style-type: none"> • Esperienza professionale • Conoscenze adeguate della patologia da gestire • Supporto del team • Supporto dei propri familiari • Buona organizzazione degli orari di lavoro • Percezione di essere adeguatamente formati sulle evoluzioni cliniche della patologia • Adeguata informazione sullo stato sanitario dell'emergenza

TABELLA II.

Strategie a supporto dei professionisti della salute.

Strategie a supporto degli OS negli ambienti di lavoro
<ul style="list-style-type: none"> • Comunicazione chiara e costante tra gli OS • Disponibilità di dispositivi personali di protezione e la comprensione adeguata del loro utilizzo • Produzione da parte delle strutture sanitarie di materiali a supporto psicologico (brochure, app e risorse umane disponibili e facilmente contattabili) • Ridistribuzione dei compiti e delle turnazioni in base allo stato psicologico degli OS rilevato • Rimanere in contatto con familiari e amici nonostante quarantene e distanze fisiche imposte

la regione italiana con il più alto numero di casi COVID-19 (63.098 casi confermati al 16 aprile 2020). Tra le conclusioni di questo studio, è dirimente la riflessione che pochi DHMA in Italia sono in grado di assumere una posizione di leadership nella gestione psicosociale delle emergenze, con scarsa preparazione in termini di competenze, conoscenze e formazione oltre che di corretta comunicazione ai rischi correlati all'emergenza nei confronti della popolazione o in materia di elaborazione del lutto (che nel periodo emergenziale è spesso un meccanismo che può venire a mancare). Nel lavoro di Fagiolini et al.⁶ viene affrontato il tema della rimodulazione di tutti i reparti ospedalieri e della riconversione delle stesse specialità mediche a supporto della emergenza; con successivi sviluppi di ansia, incertezza, stanchezza, senso di impotenza con un chiaro feedback negativo sullo stato di salute psicofisica degli OS.

I risultati di una survey multicentrica che ha coinvolto 1.563 team di OS, condotta in Cina, sono allarmanti: riportando una prevalenza di depressione del 50,7%, di ansia del 44,7%, di insonnia del 36,1% e sintomi da distress psicologico pari al 73,4%⁵.

Si valuta, dunque, il COVID-19 come una nuova patologia legata all'ambiente di lavoro per i professionisti della salute e molta fiducia si configura in materia di servizi psicologici a supporto degli OS con programmi di training online o addirittura app per l'evitamento dei casi di suicidio in questo ambito lavorativo⁸.

È giusto, altresì, riflettere sulla percentuale di disturbi della sfera dell'umore misconosciuti e/o mai indagati dallo stesso OS e successivamente slatentizzati proprio in concomitanza del periodo emergenziale.

Lo studio condotto tra gennaio e febbraio 2020 da Kang et al. in Cina è stato il primo studio quantitativo volto a esplorare l'impatto psicologico su medici e infermieri coinvolti nell'emergenza COVID-19 a Wuhan. L'obiettivo era proprio quello di rilevare le criticità emerse e quanto il supporto psicologico per gli OS fosse necessario. In totale sono stati arruolati 994 OS, di cui 183 medici e di questi il 31% appartenenti a reparti di cura ad alto rischio di contagio. È bene premettere che in Cina i servizi a supporto

psicologico per i professionisti della salute sono normalmente implementati e presenti nella organizzazione del lavoro dei sanitari, talvolta con corsi on line, front to front e app. A ognuno dei partecipanti allo studio è stata somministrata una survey che prevedeva una parte di dati demografici e una parte in cui si richiedeva all'OS l'autosomministrazione di scale di indagine per il livello di depressione, ansia, insonnia e valutazione della personale capacità di risposta a eventi stressanti (PHQ-9, GAD-7, ISI, IES-R). Le scale hanno permesso di definire per ogni OS uno score, a cui è stato assegnato un numero, crescente per gravità, che ha permesso di suddividere gli OS in quattro livelli di stress: subclinico (36%), lieve (34,4%), moderato (22,4%) e severo (6,2%). Questo lavoro ha rivelato come gli OS che appartengono alla prima fascia di rilevamento dello stress, siano una risorsa evidente per l'omeostasi del team in quanto sono coloro più propositivi ma anche coloro da preservare affinché non progrediscono negativamente nei livelli superiori di alterazione del proprio stato di salute mentale; come pure che tra i vari livelli di gravità, a una diversa predisposizione al contatto con i servizi di supporto psicologico, corrispondessero in maniera inversamente proporzionale livelli più o meno severi di stress⁹. Questo elemento è stato ampiamente considerato anche in un altro studio cinese condotto da Chen et al. in un ospedale di Wuhan. In aggiunta però è emerso che la presenza dei dispositivi individuali di protezione e i training continui in materia di COVID-19 fossero impattanti per gli OS, con la conclusione che queste azioni determinassero un forte potere di limitazione dello stress dei professionisti della salute¹⁰. In quest'ottica, Lai et al. hanno pubblicato un'analisi sui fattori che influenzano l'impatto psicologico degli OS coinvolti in prima linea nel trattamento dei pazienti affetti da Coronavirus, dal cui studio si evince essere un fattore di rischio indipendente; mentre l'essere donna e avere una formazione professionale di tipo tecnico sono considerati fattori predisponenti lo sviluppo di sintomi depressivi, ansiosi e di distress con una maggiore severità (severità dei sintomi depressivi tra le donne: OR = 1,94; 95% CI = 1,26-

2,98; P = 0,003; severità dei sintomi ansiosi tra i professionisti con un titolo professionale di livello tecnico: OR = 1,82; 95% CI = 1,38-2,39; P < 0,001). Ulteriori risultati individuano uno stato maggiore di stress tra gli operatori sanitari in Wuhan, epicentro dell'epidemia, rispetto ai territori limitrofi solo parzialmente coinvolti¹¹.

Prevenzione: strategie e indicazioni

La letteratura scientifica dedicata allo stress lavoro-correlato durante l'emergenza COVID-19 ha ampiamente confermato come il settore sanitario sia di per sé caratterizzato dalla presenza di fattori di rischio psicosociali strettamente legati all'organizzazione lavorativa, alla sicurezza e alla salute degli operatori; tutti elementi che in questo momento di emergenza sono stati amplificati, a partire da quelli relativi alla sicurezza degli operatori, ovvero alle misure di prevenzione e protezione. Garantendo altresì il supporto psicologico^{2,3}. Al fine di fornire consigli validati, sono numerosi gli enti nazionali e internazionali che hanno diffuso indicazioni sulla prevenzione dello stress tra gli OS: dall'OMS al *Center for the Study of Traumatic Stress*, fino all'INAIL e all'Istituto Superiore di Sanità. Le indicazioni proposte sono simili e riassumibili nei seguenti punti¹²⁻¹⁵:

- promuovere il lavoro in team utilizzando metodi come il *Buddy System* ovvero l'organizzazione del lavoro in coppia così da divenire responsabili della sicurezza personale l'uno dell'altro, permettendo un confronto e supporto nella reciproca capacità di affrontare circostanze avverse;
- facilitare l'accesso ai servizi di supporto psicologico (linee telefoniche dedicate o altre opzioni di servizio a distanza, se disponibili);
- organizzare, per quanto possibile, il lavoro mantenendo un monte ore ragionevole e facendo delle pause. Durante la fase acuta dell'emergenza è fondamentale garantirsi degli spazi di "tregua" per riposare e riflettere sull'esperienza che si sta vivendo. Gestire lo stress e occuparsi della propria salute mentale è importante per garantire la salute fisica;

- utilizzare strategie individuali di gestione e adeguamento alle difficoltà (*coping*) già utilizzate e rivelatesi efficaci in altri contesti;
- stimolare il confronto con i colleghi e garantire una corretta comunicazione, in particolare dei feedback positivi che stimolano la percezione personale nonché la motivazione nell'affrontare e moderare situazioni stressanti;
- cercare di mantenere stili di vita salutari, a partire da un'alimentazione corretta, l'esercizio fisico, la cura del sonno, la limitazione del fumo e degli alcolici, nonché pause e riposo da lavoro adeguati;
- rimanere in contatto con la famiglia, gli amici e altre persone di cui ci si fida per parlare e ricevere sostegno, anche a distanza.

Al fine di non vanificare i tentativi di protezione e prevenzione dal rischio di alterazione dello stato psicologico attuati nel periodo dell'emergenza, è noto sia necessario proseguire queste strategie anche nel periodo post-emergenza, onde evitare la cronicizzazione di sintomi in veri e propri quadri sindromici. Queste complicità a lungo termine sono state analizzate già durante l'emergenza SARS sui medici di famiglia a Singapore: due mesi dopo l'epidemia, a tutti i medici di famiglia è stato richiesto l'auto-somministrazione di tre scale: il *General Health Questionnaire* (GHQ), l'*Impact of Event Scale-R* (IES-R) e l'*HIV Stigma Scale* adattata sull'esperienze, emozioni, la percezione dell'OS durante l'emergenza riguardo l'opinione che le istituzioni hanno di loro. Nonostante diversi limiti dello studio, i risultati evidenziavano che i medici di medicina generale direttamente coinvolti nella gestione di pazienti SARS positivi avevano sviluppato un maggiore distress psicologico e un

sentimento di *stigmatizzazione* (connotazione) negativa da parte dell'opinione pubblica ($P = 0,02$; $OR = 2,9$; $95\% CI = 1,3-6,3$) nonché l'insorgenza di sintomi di disturbo post traumatico da stress [intrusione ($P = 0,02$), evitamento ($P = 0,01$), ipersensibilità e ipervigilanza ($P = 0,01$)] in maniera statisticamente significativa¹⁶. In conclusione, il tema dello stress lavoro-correlato durante l'emergenza è ancora in evoluzione con studi che verranno pubblicati nei prossimi mesi, in primis i risultati della survey "Salute e sicurezza degli operatori sanitari nel COVID-19" promossa dall'OMS e dall'*International Labour Organization* (ILO) per individuare i più frequenti rischi occupazionali per la salute e la sicurezza degli operatori sanitari riscontrati durante l'epidemia da COVID-19.

Bibliografia

- 1 Kiskeya S, Warren N, McMahon L. Occurrence, prevention and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ* 2020;369:m1642. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1642>. PMID:32371466
- 2 WHO; War Trauma Foundation and World Vision International. Psychological first aid: guide for field workers. Online Mental Health Publications 2011.
- 3 WHO. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. WHO 2020.
- 4 Gold JA. COVID-19: adverse mental health outcomes for healthcare workers. *BMJ* 2020;369:m1815. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1815>
- 5 Godderis L, Boone A, Bakusic J. COVID-19: a new work-related disease threatening healthcare workers. *Occup Med (Lond)* 2020;70:315-6. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa056>
- 6 Fagiolini A, Cuomo A, Frank E. COVID19 diary

from a psychiatry department in Italy. *J Clin Psychiatry* 2020;81:20com13357

- 7 De Girolamo G, Cerveri G, Clerici M, et al. Mental health in the coronavirus disease 2019 emergency - the Italian response. *JAMA Psychiatry* 2020. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.12760>
- 8 Lui S, Yang L, Zhang C, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry* 2020;7:e17-e18. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8)
- 9 Kang L, Ma S, Chen M, et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: a cross-sectional study. *Brain Behav Immun* 2020;87:11-7. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028>
- 10 Chen Q, Liang M, Li Y, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry* 2020;7:e15-e16. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X)
- 11 Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open* 2020;3:e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- 12 INAIL. Documento COVID-19 e protezione degli operatori sanitari. 2020
- 13 Center for the Study of Traumatic Stress. Sustaining the well-being of healthcare personnel during coronavirus and other infectious disease outbreaks. Bethesda: 2020.
- 14 Istituto Superiore Sanità. Epicentro COVID-19: gestione dello stress tra gli operatori sanitari. 2020
- 15 OMS, ILO. Salute e sicurezza degli operatori sanitari nel COVID-19. <https://www.surveymonkey.com/r/HSoFHCWinCOVID19?lang=it>
- 16 Verma S, Mythily S, Chan YH, et al. Post-SARS psychological morbidity and stigma among general practitioners and traditional Chinese medicine practitioners in Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 2004;33:743-8.