

Andrea Bassi, Alessandro Fabbri,
Fabrizio Pregliasco

La società civile resiliente

Prendersi cura della comunità:
indagine sui volontari ANPAS
durante la pandemia

Con contributi di Niccolò Mancini e Simona Ius



Sociologia

FrancoAngeli



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più:

http://www.francoangeli.it/come_publicare/publicare_19.asp

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Andrea Bassi, Alessandro Fabbri,
Fabrizio Pregliasco

La società civile resiliente

Prendersi cura della comunità:
indagine sui volontari ANPAS
durante la pandemia

Con contributi di Niccolò Mancini e Simona Ius



Sociologia

FrancoAngeli ©

Il volume è stato stampato grazie ad ANPAS nazionale



Copyright © 2022 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale* (CC-BY-NC-ND 4.0)

L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Indice

Introduzione, di *Andrea Bassi* pag. 7

Parte I

1. L'impatto di epidemie e pandemie sugli operatori sanitari: il disturbo da stress post-traumatico, di *Alessandro Fabbri e Simona Ius* » 19

L'impatto del Covid-19 sugli operatori sanitari italiani: PTSD ed altre patologie in una rassegna della letteratura, di *Alessandro Fabbri* » 48

3. La pandemia da COVID-19 e il sistema sanitario, di *Fabrizio Ernesto Pregliasco* » 71

4. La pandemia da Covid-19 nel sistema ANPAS, di *Niccolò Mancini* » 83

Parte II

5. Metodologia della ricerca, di *Alessandro Fabbri* » 105

6. L'identikit degli intervistati, di *Alessandro Fabbri* » 111

7. L'impatto della pandemia sull'impegno volontaristico, di *Andrea Bassi* » 123

8. L'impatto della pandemia sullo stato fisico e psichico dei volontari, di *Alessandro Fabbri e Simona Ius* 134

9. L'impatto della pandemia sulle relazioni sociali, di *Andrea Bassi* pag. 158

10. Il supporto della rete ANPAS ai volontari durante la pandemia, di *Andrea Bassi* » 177

Introduzione

di *Andrea Bassi*

Il volume che diamo alle stampe è frutto di una proficua collaborazione tra un'équipe di ricerca del Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali dell'Università di Bologna ed ANPAS Nazionale.

L'idea di svolgere un'indagine sull'impatto che la pandemia da Covid-19 ha avuto sui volontari attivi nelle Pubbliche Assistenze affiliate alla rete nazionale ANPAS nasce dal convergere di un'esigenza di conoscenza scientifica e da una istanza sociale e civile.

Dall'analisi della letteratura scientifica in ambito delle scienze sociali e dell'epidemiologia, infatti, è emerso che gli studi sulle ricadute psico-fisiche e relazionali della pandemia sugli operatori socio-sanitari riguardano quasi esclusivamente personale retribuito e in prevalenza operante presso le strutture ospedaliere.

L'istanza civile sorge dalla preoccupazione per lo stato di salute psico-fisica degli operatori delle emergenze e del soccorso sanitario, sottoposti nella fase apicale della diffusione pandemica a carichi di lavoro insostenibili e a forti stress emotivi.

È stata ritenuta pertanto di una certa utilità e cogenza la necessità di realizzare una ricerca rivolta esplicitamente al personale volontario coinvolto in prima linea (*front-line*) nel trasporto sanitario di persone affette da Covid-19. L'indagine mira altresì a produrre un insieme, per quanto possibile coerente, di conoscenze da mettere a disposizione della dirigenza delle Pubbliche Assistenze e della rete ANPAS nel suo complesso, al fine di predisporre le misure organizzative necessarie a migliorare il supporto al proprio personale volontario e non solo.

L'emergenza pandemica infatti si è rivelata essere una vera e propria "catastrofe" o "disastro" dal punto vista economico e sociale, in quanto ha scosso alle fondamenta i sistemi politici occidentali mettendone in luce le debolezze e le fragilità di fronte alle sfide un mondo globalizzato.

Le scienze sociali in particolare vantano una lunga tradizione in tema di studio e analisi sulle ricadute e sugli impatti sociali dovuti a calamità e disastri. A partire dal lavoro pionieristico di uno degli autori classici della

sociologia, Pitrim A. Sorokin, che nel 1942 pubblica il noto saggio *Man and society in calamity*, che costituisce un punto di riferimento imprescindibile per gli studi sull'argomento.

Il tema delle conseguenze sociali delle “calamità” o “disastri” – termine che andrà via via a sostituire il primo nella definizione del fenomeno – avrà in seguito un andamento per così dire carsico all'interno delle discipline sociologiche e politologiche, scomparendo per lunghi periodi per riaffiorare di quando in quando all'attenzione del dibattito corrente.

In questo quadro un ruolo centrale viene a svolgere l'opera dello studioso nord-americano Enrico Quarantelli il quale, a partire dai primi anni '60 del secolo scorso, intraprende un percorso di ricerca sul tema, che lo porterà a fondare il *Disaster Research Center* (DRC) prima presso la Ohio State University e poi, a partire dal 1984, presso la University of Delaware¹, nell'ambito del quale si sono formate generazioni di studiosi.

Questa particolare branca della sociologia, definita *disaster sociology*, ha piena attinenza con le attuali circostanze in quanto il testo fondativo di Sorokin era incentrato su quattro calamità che periodicamente affliggevano il genere umano, e che si distinguevano dalle altre per essere le più frequenti, distruttive e terribili, ma anche le più istruttive e significative: guerre, rivoluzioni, carestie e “pestilenze”, o epidemie. A suo giudizio era necessario studiare questi «four monsters [...] in so far as they affect our minds and behavior, our social organization, and our cultural life» [Sorokin 2010: 13], come asseriva sin dall'*Introduzione*, e ancora, perfezionando tale concetto, in quanto «For good or ill, calamities are unquestionably the supreme disruptors and transformers of social organization and institutions» [ivi: 121].

È appena il caso di osservare che attualmente le parole di Sorokin si dimostrano profetiche, in quanto una di queste quattro calamità è precisamente ciò che sta affliggendo l'umanità intera, un'umanità certamente in possesso di inedite competenze mediche e, più latamente, scientifiche, ma non più abituata, a livello sociale e psicologico, a convivere con tale genere di problematiche. L'attuale pandemia di Covid-19 infatti costituisce un'emergenza sanitaria di gravità enorme, soprattutto in alcuni Paesi, e dagli sviluppi imprevedibili, anche se occorre evitare parallelismi semplicistici con precedenti pandemie, come l'influenza “Spagnola” del 1918-1920².

È dunque inevitabile che essa influenzi fortemente non soltanto la medicina e la biologia, ma anche le scienze sociali ed in particolare la sociologia,

¹ L'attività scientifica di Quarantelli ha condotto alla creazione del *Research Committee on Disasters*, nell'ambito della “International Sociological Association”, nonché alla pubblicazione della rivista internazionale: *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*.

² Cfr. https://www.corriere.it/cronache/20_giugno_05/coronavirus-quando-finira-lezione-possibile-un-oscura-influenza-russa-19c135c8-a662-11ea-b760-0b897e2dd362.shtml?refresh_ce-cp e <https://www.primocanale.it/notizie/coronavirus-bassetti-cosa-accadr-in-autunno-nessuno-pu-saperlo--219975.html> (ultimo accesso: 25.08.2022).

soprattutto la sociologia della salute, del welfare, dell'organizzazione e del disastro.

In quest'ultimo caso probabilmente si riaprirà anche un dibattito terminologico che ha visto contrapposti numerosi studiosi insigni: si consideri infatti che, in un manuale del 2007, Perry ha riunito nella sua introduzione «More than three dozen definitions of disaster» [Perry 2007: 12], plastica rappresentazione dell'assenza di un consenso diffuso. Certamente dovranno essere seriamente riconsiderate le posizioni di coloro che condividono l'opinione di Quarantelli:

Personally, we are inclined to exclude from the concept of “disaster” all very diffused events, including traditional droughts and famines and certain kinds of epidemics. We would do this because in our view it is best to think of the concept of disaster as an occasion involving an immediate crisis or emergency [Quarantelli 2005: 335].

Viceversa è pienamente condivisibile una concezione di “disastro” che comprenda epidemie e pandemie, sulla scorta di Kreps:

Disasters are nonroutine events in societies or their larger subsystems (e.g., regions and communities) that involve conjunctions of physical conditions with social definitions of human harm and social disruption. [...] Economic depressions, famines, epidemics, and wars are disasters as defined above [Kreps 2001: 3718].

Sulla stessa linea si pone Mangone, che ha correttamente rimarcato l'attualità del pensiero di Sorokin, nonostante il cambiamento lessicale invalso da “calamità” («now considered archaic, obsolete») a “disastro” [Mangone 2018: 81].

I due studiosi concordano inoltre nel ribadire la dimensione sociale dei disastri, sia nelle conseguenze che determinano su sistemi sociali caratterizzati da specifici ordini, sia nelle forme di risposta e di reazione che questi ultimi implementano. Kreps infatti già negli anni '80 osservava che «Disasters both reveal elemental processes of the social order and are explained by them» [Kreps 1984: 327].

Su tale punto la sua posizione si riavvicinava a quella di Quarantelli, il quale anzi ha rivendicato la necessità che la sociologia del disastro concepisca tali eventi «for sociological purposes only in social terms» [Quarantelli 1989: 247], ed ha precisato che

we should conceptualize disasters as part of social change dynamics rather than social problems. [...] social change context not only allows for positive consequences, but more important, sets disasters within the social dynamics of social life. As such, they can be seen as an integral part of what usually

goes on in the social structure, rather than as an external intrusion from the outside [ivi: 250].

Una tale impostazione gioverebbe a sensibilizzare la comunità scientifica, i decisori politici e la stessa opinione pubblica relativamente alla necessità di non trascurare la preparazione per i disastri, anche quelli ritenuti improbabili, come appunto è avvenuto per l'attuale pandemia.

Più recentemente Mangone e Zyuzev, in uno studio dedicato specificamente ad essa, hanno osservato che «a world free of disasters is not conceivable, but we can imagine a world in which the negative consequences of these events are minimized or even avoided starting from the assumption that collective damage requires collective strategies» [Mangone & Zyuzev 2020: 191]. Il cardine di queste strategie è costruire comunità caratterizzate dal «key concept [...] of resilience [...] which is generally defined as the ability of an individual or group to return to their normal life after catastrophic events», ed uno dei fattori essenziali per preservare la resilienza di una comunità è, a detta della studiosa, il capitale sociale, soprattutto se declinato come *civicness* sulla scorta di Putnam [ivi: 190-191].

In questo senso i due autori si collegano all'approfondito lavoro di Manyena sulla *disaster resilience*, sui suoi caratteri distintivi e sui fattori che la determinano. In proposito Manyena sottolinea la nocività di un approccio paternalistico e *top-down* ai disastri, mentre la resilienza si accresce «For instance, recognising the human role in disasters» e valorizzando le comunità, nonché le loro capacità di adattamento [Manyena 2006: 439].

La *disaster resilience* è infatti, nelle parole dello studioso, la capacità intrinseca di un sistema, comunità o società, predisposto ad un trauma o ad uno sforzo, di adattarsi e sopravvivere cambiando le sue caratteristiche non essenziali e riorganizzandosi: di conseguenza, «the goal of any 'disaster resilience' programme will be to enhance the fundamental values, assets and resources that can be applied to the process of adapting to adverse circumstances» [ibidem]. Naturalmente sarebbe troppo semplicistico escludere da ciò le risorse materiali (strutture ed infrastrutture) ed economiche, ma altrettanto semplicistico sarebbe trascurare il peso della componente umana della resilienza, soprattutto a livello locale:

The emphasis of human resilience is in the processes of enhancing human capacity to recover from a disaster within the shortest possible time with minimal or no outside assistance. This approach recognises that communities have certain levels of resilience built over centuries. Local adaptation strategies, culture, heritage, knowledge and experiences are the building blocks for boosting disaster resilience [ivi: 445].

Alla luce di questi autorevoli precursori, per così dire “sulle spalle dei giganti”, abbiamo intrapreso la ricerca che viene ampiamente e dettagliatamente illustrata e commentata nella presente pubblicazione.

Il volume si articola in due parti autonome ma interrelate. La prima parte, che contiene quattro capitoli, si propone di presentare al lettore italiano il dibattito scientifico più recente sull’impatto in termini di stress psicologico e relazionale dell’esposizione da parte del personale socio-sanitario ad eventi traumatici inattesi e persistenti.

La seconda parte, costituita da sei capitoli, propone una lettura approfondita e commentata dei principali risultati di una ricerca empirica realizzata nel periodo maggio-agosto 2021 tramite questionario online auto-somministrato a cui hanno partecipato 2.689 volontari delle Pubbliche Assistenze aderenti alla rete nazionale ANPAS.

I capitoli della prima parte del volume illustrano in altre parole il “contesto” istituzionale, sociale e scientifico in cui la ricerca è stata ideata, avviata e portata a compimento, mentre i capitoli della seconda parte ne riassumono le risultanze.

Il primo capitolo, di Alessandro Fabbri e Simona Ius, affronta infatti in termini generali il tema dell’impatto psicologico delle epidemie e delle pandemie sugli operatori sanitari, categoria sociale intesa in questa sede nel senso più ampio. Dopo una sintetica descrizione scientifica dello stress, del trauma vicario, della *compassion fatigue*, del *burn out* ed in particolare del PTSD, il contributo passa in rassegna le ricerche empiriche svolte per individuare la presenza di tali patologie fra gli *health care workers* in occasione di epidemie e pandemie, valutarne la gravità e individuarne le cause. Si è trattato infatti di ricerche compiute durante l’attuale XXI secolo nei Paesi colpiti in primo luogo dalla SARS, e successivamente dalla AH1N1 e dalla MERS, che mettono in luce le ricadute sui sistemi sanitari coinvolti e i limiti della loro capacità di rispondere agli eventi epidemici o pandemici analizzati.

Il secondo capitolo, di Alessandro Fabbri, si concentra invece sull’impatto dell’attuale pandemia di Covid-19. Dopo una rapida illustrazione introduttiva delle prime ricerche internazionali, vengono analizzati i lavori dedicati agli operatori sanitari del nostro Paese ed al costo fisico, psicologico e sociale da essi pagato alla lunga ed onerosa lotta al virus. In proposito è significativo che gli studiosi italiani abbiano dimostrato tempestività ed originalità, lanciando *survey* fin dalla primavera del 2020, talora su scala nazionale e talora locale, considerando più spesso il personale ospedaliero propriamente detto ma senza dimenticare del tutto gli operatori volontari (non esclusivamente del Terzo Settore), e recentemente anche replicando le rilevazioni a distanza di tempo. È possibile fin d’ora anticipare che le risultanze di tutti questi studi suonano come un campanello d’allarme per la “tenuta” psicologica e la sicurezza sociale dei nostri operatori, logorati da due anni di attività intensa e mai abbastanza sostenuti.

Il terzo capitolo, di Fabrizio Pregliasco, tratta l'attuale pandemia dal punto di vista del sistema sanitario italiano, anzitutto sviluppando una riflessione sulle sue ricadute sociali (negative): dalla diffusione del complottismo e del negazionismo via *social network* alle pressioni del mondo politico e della società sulla comunità scientifica, che dal canto suo non è stata esente da comportamenti controproducenti. Segue quindi una panoramica degli approcci di politica sanitaria adottati a livello internazionale e specificamente in Italia, anche nella prospettiva delle mutazioni attuali e presumibilmente future del virus. Tali considerazioni vengono raffrontate allo stato attuale del sistema sanitario italiano, ed in particolare del Servizio Sanitario Nazionale, la sua componente pubblica: una situazione complessa e dalle molte criticità, che la pandemia ha reso evidenti ed ulteriormente esacerbato. Si offre dunque l'occasione di riflettere su di esse al fine di individuare soluzioni e realizzare miglioramenti strutturali e durevoli.

Il quarto capitolo, di Nicolò Mancini, è dedicato specificamente al contributo dato dalla rete ANPAS alla lotta alla pandemia. Anzitutto vengono riepilogate sinteticamente le radici sociali e culturali delle Pubbliche Assistenze nella storia del nostro Paese ed il loro impegno durante le precedenti emergenze. Successivamente il focus si sposta sull'illustrazione del modello organizzativo della rete e dei suoi ambiti di attività in termini generali. Si analizza quindi l'impegno profuso nella lotta alla pandemia, sottolineando sia le dimensioni meramente quantitative, sia la flessibilità e la capacità di adattamento a bisogni e necessità nuovi, di carattere non solo sanitario e socio-sanitario, ma anche più schiettamente sociale. Viene infine tracciato un bilancio delle ricadute dell'emergenza Covid-19 sulla rete ANPAS e delle conseguenti strategie di risposta, anche in sinergia con altri ETS e naturalmente con le istituzioni pubbliche, a dimostrazione del ruolo di primario rilievo di ANPAS nell'ambito del sistema di welfare italiano, sia attualmente sia in prospettiva futura.

I capitoli della seconda parte del volume presentano al lettore le principali risultanze emerse dall'indagine quantitativa.

Il quinto capitolo, di Alessandro Fabbri, è dedicato ad illustrare l'approccio metodologico seguito nell'indagine. In esso vengono descritti ed argomentati i passaggi fondamentali del disegno della ricerca, ossia: la preparazione del questionario digitale, la descrizione delle sue sezioni, la scelta del tipo di campionamento, la composizione del campione finale al termine della rilevazione, in rapporto alla popolazione complessiva, nonché le operazioni svolte per effettuare l'elaborazione dei dati.

Nel successivo sesto capitolo, di Alessandro Fabbri, vengono presentate le risultanze afferenti la sezione finale del questionario, dedicata ai dati socio-demografici: classi di età, genere, area geografica di residenza, titolo di studio ecc. Si è ritenuto infatti di derogare dall'ordine di successione delle sezioni del questionario allo scopo di presentare al lettore anzitutto i dati

relativi alle caratteristiche più comuni dei soggetti del campione. Inquadrandoli in primo luogo come *persone* ed in seguito, con un andamento “ad imbuto”, concentrando l’analisi sulla loro attività volontaristica e sulle sue ricadute. Laddove possibile, i dati sono stati rapportati a quelli disponibili per l’universo di riferimento, ossia i volontari ANPAS al 31 dicembre 2020, nonché alla popolazione italiana nel suo complesso, con l’aiuto del rapporto dell’ISTAT per il 2021. Sono state inoltre effettuate analisi bi-variate per osservare la distribuzione di alcune caratteristiche in base al genere.

Il settimo capitolo, di Andrea Bassi, è dedicato ad illustrare e commentare le risposte degli intervistati alle domande contenute nella prima sezione del questionario concernenti la loro *esperienza di volontariato* durante la pandemia.

Si tratta di dieci domande (dalle 5 alla 14) volte a rilevare la tipologia di servizio svolto, la consistenza dell’impegno, se il rispondente o i suoi familiari o i colleghi di ANPAS hanno contratto il virus, se è venuto a conoscenza del decesso di colleghi o di assistiti, se ha dovuto trascorrere un periodo lontano dalla famiglia ed infine se ha dovuto interrompere l’attività di volontariato e in caso affermativo per quali motivazioni.

L’ottavo capitolo entra direttamente “nel vivo” dell’impatto fisico e psicologico della pandemia sui volontari in relazione alla loro attività, esponendo i dati corrispondenti alle sezioni centrali del questionario. Alessandro Fabbri e Simona Ius illustrano anzitutto i dati emersi dalle più semplici analisi mono-variate compiute, domanda per domanda, senza trascurare le risposte aperte fornite da non pochi soggetti del campione.

Si tratta di dati qualitativi preziosi per arricchire e completare (ed in certo senso “umanizzare”) le cifre emerse, costituendo quindi una risorsa che rende la rilevazione scientificamente ed eticamente ancora più importante, così come le risposte aperte delle sezioni successive.

Infine – ponendosi sulla scia dei già menzionati studi compiuti in ambito nazionale ed internazionale nei due anni di pandemia – gli autori svolgono una serie di analisi bi-variate per rilevare l’eventuale esistenza di relazioni fra i sintomi fisici e psicologici (ed anche le emozioni positive innescate dall’impegno volontario) ed altre variabili, quali i dati socio-demografici, nonché la forza e, quando possibile, il segno di tali relazioni.

Nel nono capitolo, di Andrea Bassi, vengono espresse ed analizzate le risposte degli intervistati alle domande contenute nella quarta e quinta sezione del questionario concernenti l’impatto della pandemia sulle relazioni familiari, amicali (sette domande) e lavorative (tre domande distinte in base all’ondata pandemica indicata dal rispondente).

I quesiti della quarta sezione sono volti a rilevare in che misura l’attività di volontariato svolta in periodo pandemico abbia avuto impatti sulle relazioni familiari e in caso affermativo quali; le ragioni di eventuali ricadute negative sulle relazioni con i vari componenti del nucleo familiare; l’atteggiamento della famiglia nei confronti dell’attività di volontariato svolta dal

rispondente; se lo svolgimento dell'azione volontaria abbia comportato quarantene obbligatorie e quale impatto queste ultime abbiano avuto sulla vita familiare.

Le domande della quinta sezione si propongono di raccogliere informazioni circa l'impatto dello svolgimento dell'attività di volontariato in periodo pandemico sulla vita lavorativa dell'intervistato. I quesiti sono stati impostati in modo distinto per coloro che hanno vissuto la prima ondata come maggiormente problematica e chi ha indicato la seconda o la terza.

Il decimo ed ultimo capitolo, di Andrea Bassi, presenta al lettore una serie di riflessioni svolte a partire dalla lettura approfondita delle risposte degli intervistati alle domande contenute nella sesta sezione del questionario, concernenti le principali difficoltà riscontrate durante la pandemia ed il supporto fornito dalla Pubblica Assistenza a cui i rispondenti aderiscono.

Si tratta di cinque domande, di cui due a risposta aperta, volte a rilevare: la tipologia di difficoltà esperite dagli intervistati e la loro intensità; il tipo di aiuto, sostegno, supporto ricevuto dalla propria sede associativa e/o dalla rete ANPAS in generale; il grado di soddisfazione complessivo relativo ai servizi ricevuti; e i suggerimenti per migliorare il rapporto tra associazione (rete associativa) e volontario durante eventi pandemici.

Le risposte alle domande contenute nella sezione oggetto di analisi del decimo capitolo rappresentano le informazioni più importanti per la dirigenza ANPAS ai vari livelli: nazionale, regionale, locale.

Senza dubbio i contributi forniti dai volontari intervistati nella domanda aperta, concernente i “suggerimenti”, ne costituiscono la parte più cogente, in quanto offrono ai *vertici associativi* una serie di contributi operativi basati sull'esperienza concreta e sugli ostacoli tangibili esperiti dai rispondenti nello svolgimento della loro pratica quotidiana di servizio.

Sulla base di tali indicazioni i *quadri associativi* potranno implementare una serie di misure e processi organizzativi volti a migliorare il rapporto con il personale volontario e quindi – indirettamente – la qualità del servizio offerto alla cittadinanza.

L'auspicio è che l'associazione – nelle sue varie articolazioni – sappia adottare un atteggiamento di ascolto nei confronti dei propri stakeholder interni ed un orientamento volto all'apprendimento organizzativo rispetto agli stakeholder esterni.

Riferimenti bibliografici

- Kreps G.A. (1984), *Sociological Inquiry and Disaster Research*, «Annual Review of Sociology», Vol. 10, 309-330.
- Kreps G.A. (2001), “Disasters, sociology of”, in Smelser N.J. & Baltes P.B. (eds.), *The international encyclopedia of the social and behavioral sciences*, Vol. 6, Elsevier, Oxford, 3718–3721.

- Mangone E. (2018), *From Calamities to Disasters: Pitirim Aleksandrovič Sorokin's Insights*, «Human Arenas», 1, 79-85.
- Mangone E. & Zyuzev N. (2020), *Everyday Life "Turned upside Down": Disasters, Future and Resilience*, «Culture e Studi del Sociale», 5(1), Special issue, 175-193.
- Manyena S.B. (2006), *The concept of resilience*, «Disasters», 30(4), 433-450.
- Perry R.W. (2007), "What Is a Disaster?", in Rodríguez H., Quarantelli E.L. and Dynes R.R. (eds.), *Handbook of disaster research*, Springer, New York, 1-15.
- Quarantelli E.L. (1989), *Conceptualizing disasters from a sociological perspective*, «International Journal of Mass Emergencies and Disasters», vol. 7, n. 3, 243-251.
- Quarantelli E.L. (2005), "A Social Science Research Agenda For The Disasters Of The 21st Century: Theoretical, Methodological And Empirical Issues And Their Professional Implementation", in Perry R.W., Quarantelli E.L. (eds.), *What is a Disaster? New Answers to Old Questions*, Xlibris Corporation, Bloomington, 325-396.
- Sorokin P.A. (2010), *Man and society in calamity*, Transaction Publishers, Brunswick (U.S.A.) and London (U.K.) (orig. ed. 1942).

Parte I

1. L'impatto di epidemie e pandemie sugli operatori sanitari: il disturbo da stress post-traumatico

di *Alessandro Fabbri e Simona Ius*¹

Gli operatori sanitari costituiscono una categoria sociale molto diversificata al proprio interno, caratterizzata da competenze e professionalità specialistiche e ad elevata utilità sociale. Esse conferiscono una responsabilità sulla vita e sulla salute delle persone che diventa cruciale in circostanze come quelle attuali. D'altronde a tale responsabilità si accompagnano carichi di lavoro spesso gravosi, oneri ed anche rischi. Tutto ciò ha un impatto sulle condizioni fisiche e psicologiche e sulla "tenuta sociale" di tale categoria, sia in situazioni di normalità sia durante le emergenze. Naturalmente la scomparsa di epidemie e pandemie dalla "scena" sociale del mondo sviluppato le aveva escluse dal novero delle emergenze, ma esse si erano riaffacciate ben prima del Covid-19, agli inizi del XXI secolo. Scopo del presente capitolo è quello di illustrare le caratteristiche del disturbo da stress post-traumatico, in connessione con altre patologie similari, e ripercorrere gli studi che sono stati dedicati alla sua incidenza sul personale sanitario in occasione delle epidemie e pandemie precedenti al Covid-19. Tali lavori scientifici costituiscono infatti significative fonti di informazioni, di suggerimenti operativi e di moniti per le autorità sanitarie che, come il lettore avrà modo di verificare, risultano oggi pienamente attuali.

1.1. Definizione clinica e storia della patologia: il disturbo da stress post-traumatico fra guerre e welfare

Per comprendere la patologia del disturbo da stress post-traumatico (in inglese *post traumatic stress disorder*) è opportuno in primo luogo illustrare sinteticamente le sue radici e le sue componenti fisiologiche e psicologiche,

¹ Simona Ius è autrice del paragrafo 1.1., Alessandro Fabbri dei paragrafi 1.2., 1.3. e 1.4.

Simona Ius, psicologa psicoterapeuta. Collabora con l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Consigliera nazionale ANPAS e referente per la psicologia dell'emergenza per la Commissione nazionale di Protezione Civile ANPAS.

a partire dal comune *stress*, ed in secondo luogo ricostruire la storia della sua identificazione e del suo studio da parte di psicologi e psichiatri.

Lo stress fu descritto per la prima volta da Hans Selye nel 1936 come «risposta aspecifica dell'organismo ad ogni richiesta effettuata su di esso» [cit. in Lazarus e Folkman 1984: 15]. Lo stress è infatti l'effetto dell'interazione tra individuo e ambiente e dello sforzo del primo per adattarsi al secondo: «Un particolare tipo di rapporto tra la persona e l'ambiente, che viene valutato dalla persona stessa come gravoso o superiore alle proprie risorse e minaccioso per il proprio benessere» [ivi: 21].

Gli organismi viventi dotati di sistema nervoso reagiscono agli *stressor* (stimoli stressanti) in modo automatico e in parte inconsapevole, incontrollabile e aspecifico.

Purtroppo anche gli organismi complessi come gli umani attivano circuiti neurovegetativi identici a tutti i tipi di stress, siano essi la reazione a una minaccia fisica contingente (per es. il ringhio di un lupo molto vicino) o a una di tipo sociale, relazionale (per es. sostenere un esame). In ogni caso ciò che si verifica è l'attivazione integrata di un sistema psico-neuro-endocrino-immunologico: in modo autonomo il sistema nervoso simpatico stimola il corpo a predisporre all'attacco o alla fuga. Walter Cannon fu il fisiologo che nel 1920 coniò l'espressione *fight-or-flight response* per descrivere la risposta di un organismo di fronte a un pericolo.

Fisiologicamente l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene è il responsabile neuro-endocrinologico della risposta di stress che si concretizza nella produzione di adrenalina e cortisolo. Epifenomenologicamente si osservano (con varia intensità): dilatazione delle pupille, inibizione della salivazione, restringimento dei vasi sanguigni periferici, accelerazione del battito cardiaco, dilatazione delle vie aeree, aumento della sudorazione, inibizione della digestione, inibizione della peristalsi intestinale, inibizione della contrazione degli sfinteri e sia inibizione dell'erezione (per antagonismo col sistema parasimpatico) sia stimolo all'orgasmo.

Osservando questo funzionamento dell'organismo, si possono evincere i corrispettivi somatici di uno stress prolungato sul sistema cardiocircolatorio, digestivo e genitale: ipertensione, cardiopatie, gastrite, colite, disfunzione erettile, eiaculazione precoce, eccetera. Di conseguenza, anche uno stress non traumatico, se prolungato, può essere dannoso per la salute.

Lo stress è tuttavia necessario alla sopravvivenza e l'assenza delle reazioni di stress sarebbe incompatibile con la vita, ma non tutti gli stress sono uguali: l'intensità, la durata, la ripetizione, la prevedibilità di uno *stressor* sono indicatori della sua pericolosità per l'integrità psicoemotiva dell'individuo che lo subisce. La percezione di incongruenza fra le richieste dell'ambiente e la capacità soggettiva di esaudirle viene definita *distress*, contrapposta alla condizione di *eustress* che è positiva e fonte di gratificazione per l'individuo.

Nel *distress* la reazione non si disattiva e questo può essere legato a diversi motivi: lo *stressor* esterno potrebbe persistere o il soggetto che lo subisce non essere in grado di affrontarlo con le proprie risorse, oppure lo stimolo stressante esterno non è più presente, ma i sistemi interni dell'individuo continuano ad agire come se esistesse ed esso diventa uno *stimolo fantasma*.

In ogni caso, l'esperienza di un forte stress acuto e/o ripetuto può essere psico-traumatizzante per l'individuo.

Se in medicina il *trauma* è una lesione causata in modo improvviso, un'interruzione di un tessuto, si può allo stesso modo definire il trauma psichico come un'interruzione nel tessuto della psiche, uno strappo nella complessità del sistema cognitivo, emotivo e relazionale di un individuo.

Quello che causa un trauma psichico è l'esperienza di qualcosa di non integrabile col proprio sistema psichico. L'episodio traumatico è caratterizzato da prossimità alla morte, vissuti di impotenza e orrore. Un evento acquista quindi qualità di trauma psichico quando è soverchiante rispetto alla percezione di una persona di poter comprendere ciò che sta accadendo e di poter mettere in atto strategie cognitive e comportamenti adattivi: come osserva la studiosa Judith L. Herman, «Per trauma in psicopatologia si intende un'esperienza minacciosa estrema, insostenibile, inevitabile, di fronte alla quale un individuo è impotente» [cit. in Farina e Liotti 2011: 7].

Ciò che traumatizza è l'esperienza di una paura inaffrontabile, la percezione di minaccia per la vita, la sensazione di non poter ricevere aiuto. È evidente che la possibilità che un evento sia psicotraumatico è spesso soggettiva, legata all'età, alla cultura, alle esperienze di ciascuno, essa non è pienamente prevedibile perché la rete di esperienze, relazioni e cognizioni che costituiscono la mente di ognuno non ha mappe così dettagliate. Si pensi al personale sanitario: è prevedibile che una ferita lacero-contusa sanguinante possa essere non traumatizzante su di esso ma, se la ferita riguardasse una persona cara, o fosse stata causata dal sanitario stesso, o avvenisse fuori dal contesto professionale, non sarebbe più così scontato che non risulti traumatizzante.

Per le sue caratteristiche di *animale sociale* l'essere umano è capace di risonanza emotiva con gli altri suoi simili. Questo lo espone alla capacità di condividere emozioni in modo non sempre consapevole. Rogers definì l'empatia come la capacità di “portare i panni dell'altro”, ossia qualcosa di più immersivo e complesso di immaginarsi al posto dell'altro. L'*empatia* è la capacità di riconoscere l'esperienza emotiva altrui come simile a qualcosa di proprio, un agire mosso da una posizione di vicinanza. Sperimentiamo l'effetto benefico dell'empatia quando dell'altro possiamo dire: «Sa come mi sento». L'empatia è un modo di funzionare che non filtra tra emozioni positive o negative e, quando muove su emozioni dolorose, espone chi la sperimenta ad una posizione vulnerabile e non sempre consapevole. Se da un lato è una condizione accogliente, dall'altro è uno stato di potenziale fragilità. Il

contatto con il trauma psichico può causare un trauma a sua volta, che prende il nome di *trauma vicario*, ed è quello che fa definire i soccorritori potenziali vittime, le cosiddette vittime di terzo livello².

La *compassion fatigue* (fatica da compassione) è invece una forma di vittimizzazione vicaria delle professioni d'aiuto, frutto dell'empatia e dell'esposizione prolungata e/o ripetuta al dolore altrui: «There is a cost to caring. Professionals who listen to clients' story of fear, pain and suffering may feel similar fear, pain and suffering because they care» [Fingley 1995: 1].

La "fatica da compassione" è stata per prima definita in riferimento al lavoro di psicoterapeuta, ma la sofferenza derivante dalla cura del dolore altrui è estensibile alle varie professioni d'aiuto. Si può considerare a un estremo di un continuum che veda dall'altra parte la *compassion satisfaction*: quest'ultima è sempre legata alla cura, ma chi la sperimenta si focalizza sul proprio senso di autoefficacia, sull'autostima professionale e sul riuscire nel proprio compito di alleviare la sofferenza. Non si tratta solo di essere bravi, ma di riuscire a misurare la propria soddisfazione su obiettivi realistici.

I volontari e le volontarie svolgono la loro attività prevalentemente per motivi altruistici e identitari, solitamente hanno alti livelli di *compassion satisfaction* [Ius e Scopelliti 2022: 6], sebbene il loro investimento emotivo e l'aspettativa di soddisfazione alti li espongano contemporaneamente alla possibilità di gratificazione e al rischio di *burn out*.

Il termine *burn out* è stato usato nel 1975 dalla psichiatra Maslach per indicare una sindrome anch'essa a carico delle professioni d'aiuto: si manifesta con una forte demotivazione e disimpegno per un'attività che prima era soddisfacente. È spesso caratterizzata da cinismo e inefficienza in persone che prima sono state invece coinvolte ed impegnate. Poiché è fortemente legata all'investimento emotivo iniziale e all'aspettativa di successo, è un rischio per chi ama la propria attività di aiuto.

Nonostante stress e trauma siano così connessi, non tutti gli stress causano un trauma psichico e non tutti i traumi conducono ad un *disturbo da stress post traumatico* (PTSD).

Per diagnosticare il disturbo da stress post traumatico devono essere soddisfatte le seguenti categorie diagnostiche, sinteticamente tratte dal *DSM-5* [APA 2014: 314-317]:

- A. esposizione a morte o minaccia di morte, grave lesione, violenza sessuale;

² In vittimologia, le vittime di primo livello sono le persone direttamente colpite, le vittime di secondo livello sono i familiari delle vittime di primo livello, le vittime di terzo livello sono i soccorritori, le vittime di quarto livello sono i membri della comunità colpita, le vittime di quinto livello sono le persone con fragilità che, esposte alla notizia dell'evento traumatico, reagiscono con disturbo emozionale, ed infine le vittime di sesto livello sono le persone che avrebbero potuto essere vittime di primo livello.

- B. sintomi intrusivi o *intrusion* (ricordi, sogni, flashback, sofferenza psicologica o reazioni fisiologiche in presenza di eventi che simboleggino l'evento traumatico);
- C. evitamento degli stimoli associati all'evento traumatico, siano essi pensieri o fattori esterni, ossia *avoidance*;
- D. alterazioni negative di pensieri ed emozioni associate all'evento traumatico (amnesia dissociativa, aspettative negative, distorti pensieri sulle cause o sulle conseguenze dell'evento traumatico, stato emotivo di orrore, paura, colpa, vergogna, riduzione di interesse, distacco, incapacità di provare emozioni positive);
- E. alterazione dell'*arousal*³ (due o più tra: irritabilità e rabbia espressa, comportamenti spericolati, ipervigilanza, esagerate risposte di allarme, problemi di concentrazione, difficoltà del sonno);
- F. durata delle alterazioni superiore a un mese;
- G. compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o in altri ambiti importanti;
- H. impossibilità di attribuire le alterazioni ad assunzione di sostanze o altre condizioni mediche.

Si definisce inoltre *disturbo da stress post traumatico con espressione ritardata*, se i sintomi insorgono dopo oltre 6 mesi dall'evento traumatico.

Nell'*ICD-10* [OMS 1996], classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, esso viene definito *sindrome post-traumatica da stress*: i criteri diagnostici ai punti A, B, C e D sono pressoché sovrapponibili a quelli del DSM5.

In proposito occorre precisare che storicamente i comportamenti reattivi al trauma sono sempre stati descritti nell'uomo come episodi della vita di persone notevoli (il filosofo Pascal, re Carlo IX di Francia), ma sono stati principalmente osservati come fenomeno sociale solo attraverso le guerre: per la prima volta ciò avvenne durante la guerra di secessione americana (1861-1865). I soldati infatti presentavano sintomi apparentemente cardiaci concomitanti con panico, incubi ed altri disturbi riconducibili all'ansia. Il medico Jacob Mendes Da Costa definì questo insieme di disturbi *cuore del soldato*, ma vengono anche chiamati *sindrome Da Costa*. Purtroppo vennero spesso giudicati come debolezza individuale [Da Costa 1871].

Frattanto, alla fine dell'800, in Europa fervevano gli studi sull'isteria e sul trauma: era ancora forte la convinzione che per ogni manifestazione psicopatologica dovesse esserci una causa neurologica e, quando furono

³ Il termine non ha un corrispondente specifico in italiano: letteralmente il suo significato è "risveglio" o "eccitazione", ma nella letteratura clinica indica uno stato generale di attivazione e reattività del sistema nervoso, in risposta a stimoli interni o esterni. Quindi, per semplificare, può essere tradotto, con ragionevole approssimazione, con "reattività".

osservati i primi effetti psichici (che oggi chiameremmo post-traumatici) di incidenti ferroviari, furono ipotizzate cause legate a traumi spinali:

Nel 1864 la legislazione britannica rende le compagnie ferroviarie responsabili della sicurezza dei passeggeri, e due anni dopo, nel 1866, John Eric Erichsen, un chirurgo inglese, fornisce nel libro *On railway and other injuries of the nervous system* [Sulla ferrovia e altre offese del sistema nervoso] la prima descrizione di un complesso di sintomi di tipo post-traumatico, la “railway-spine”. Negli anni seguenti la localizzazione della lesione nervosa viene riconcettualizzata conformemente all’evolversi delle teorie mediche, spostandosi dalla spina dorsale ai riflessi nervosi, da questi al cervello, e infine focalizzandosi sulle rappresentazioni mentali [Bonomi 2000: 2].

In ambito tedesco Hermann Oppenheim coniò il termine *nevrosi traumatica*. Oppenheim fondò la sua teoria sull’osservazione di 41 soggetti nella clinica Charité di Berlino; essi erano quasi tutti uomini, quasi tutti operai, tutti con sintomi insorti dopo incidenti: 16 ferroviari, 17 sul lavoro, 8 altri. [Oppenheim 1889]. Oppenheim sosteneva che i sintomi di tipo psichico erano connessi a disturbi funzionali causati dall’urto meccanico, che rendeva durature le conseguenze dello spavento. Sebbene avesse identificato dei fattori predisponenti come, ad esempio, l’alcolismo, riteneva tuttavia necessario, perché i disturbi psicologici e neurovegetativi perdurassero, che l’individuo avesse subito un urto, da cui il nome della sua teoria *Erschütterungstheorie* (teoria della vibrazione).

Una legge voluta dal cancelliere Otto von Bismarck stabilì dal 1884 al 1926 (anno della sua abrogazione) che il risarcimento in caso di incidente fosse proporzionale alla riduzione di capacità di lavorare e la nevrosi traumatica di Oppenheim venne riconosciuta dall’Ufficio Imperiale delle Assicurazioni come una condizione da risarcire. Questo scatenò un dibattito tra gli specialisti fino a definire la nevrosi traumatica “nevrosi da pensione”, perché alcuni psichiatri ritenevano che il fatto di procurare un indennizzo rendesse la diagnosi iatrogena.

La nevrosi traumatica ebbe alterne fortune che si possono leggere attraverso la sua “vita” nella classificazione di Kräpelin [1885] nelle varie edizioni del suo compendio:

Ne è un esempio il percorso seguito da Emil Kräpelin, il quale, nella 3^a, 4^a e 5^a edizione del suo manuale psichiatrico (rispettivamente 1889, 1893, 1896), riporta il complesso di sintomi identificato da Oppenheim, ma sotto il titolo di “nevrosi da spavento”, per sottolinearne appunto la chiave di lettura psicologica. Questa reinterpretazione, d’altra parte, lo portò a riconsiderare l’intera questione, così, che nella 6^a edizione (del 1899) Kräpelin dice che è ormai diventato dubbio che i moti dell’animo suscitati dall’incidente siano da considerarsi la causa essenziale della malattia [Bonomi 2000: 16].

La Prima guerra mondiale (1914-1918) riaprì il dibattito sulla *Erschütterungstheorie*: Oppenheim ne scrisse ancora nell'articolo *Der Krieg und die traumatischen Neurosen* [1915] e anche Kräpelin reintegrò la nevrosi traumatica nell'ottava edizione del suo compendio [1915]. Peraltro, le reazioni di *shock* osservate nella grande guerra, e ancora prima durante la guerra russo-giapponese (1904-1905), vennero collegate da alcuni scienziati al tipo di armi usate e all'esperienza della guerra di trincea: il medico militare inglese Charles Myers coniò il termine *shellshock*, lo shock da granata [Myers 1915].

Di nuovo, tuttavia, questa reazione patologica fu attribuita a difetti personali o a codardia. In Italia per i soldati ritornati dalle trincee con disturbi da trauma venne inflitta anche l'umiliante definizione di *scemi di guerra*.

Il fenomeno inevitabilmente si ripresentò durante la Seconda guerra mondiale (1939-1945), e in quell'occasione gli psichiatri (documentati soprattutto tra gli inglesi e gli statunitensi) iniziarono ad attuare trattamenti specifici per le sindromi traumatiche. L'antropologo e psicoanalista americano Abram Kardiner nel 1941 le definì *nevrosi traumatiche della guerra* [Kardiner 1977]. L'orrore dello sterminio nazista ebbe effetti a lungo termine sulle persone deportate. La descrizione delle vittime in testimonianze e scritti spesso è quella di una sofferenza e di un senso di pericolo che non lasciano le vittime nemmeno dopo la liberazione, un salto talmente distante dall'umano che le vittime stesse hanno difficoltà a ricordare e a credere che tutto sia davvero successo [Jones 1945].

Si continuò ad osservare ed intervenire su sintomi post traumatici anche sui soldati americani nella guerra di Corea (1950-1953).

Sulla base di questi studi, nella prima edizione del DSM (Diagnostic and Statistical Manual) dell'American Psychiatric Association, pubblicata nel 1952, venne annoverata la *gross stress reaction* (reazione lorda allo stress), definita come «una sindrome da stress che è una risposta ad uno stress fisico o mentale eccezionale, come una catastrofe naturale o una battaglia; si verifica in persone che sono altrimenti normali» [American Psychiatric Association 1952: 40]. Si trattava di un'analisi ancora incompleta: «Nel DSM-I e nel DSM-II, rispettivamente le categorie di *gross stress reaction* e di *transient situational disturbance*, sono state utilizzate per descrivere il disturbo acuto a seguito di un evento, mentre i disturbi più prolungati sono stati definiti come sintomi ansiosi o depressivi» [Sefa 2020: 105].

Quello che accadde con la guerra del Vietnam (1955-1975) fu qualcosa che cambiò definitivamente il modo di leggere ed interpretare questi sintomi e il loro peso individuale e sociale. Si stima che il PTSD venne sviluppato da una percentuale oscillante tra il 10% ed il 20% dei 3.000.000 di soldati statunitensi che prestarono servizio in Vietnam [ivi: 106]:

Si dice che la guerra del Vietnam sia stata diversa dalle altre guerre. Era impopolare, prolungata, a bassa intensità, lontana, un conflitto di guerriglia e persa dagli americani. Inoltre, all'epoca la pace era socialmente più accettata della guerra. Pertanto, i veterani del Vietnam non furono accolti come eroi. [...] Il Vietnam ha iniziato a essere associato a problemi sociali, scarsa integrazione nella società, comportamento criminale, problemi di salute mentale, divorzio e abuso di sostanze e alcol (O' Brien 1998). Nonostante i tassi molto più bassi di malattie acute, sembra quindi che i veterani abbiano registrato tassi molto più elevati di malattie croniche, come appunto il PTSD, dopo aver lasciato l'esercito. In linea con ciò, una serie di libri, film, programmi televisivi e articoli di giornale ha enfatizzato la condizione dei veterani che erano stati emarginati e socialmente svantaggiati [ibidem].

I veterani con disturbi clinici erano numerosi e bisognosi di cure, servivano strutture specializzate e fondi; tuttavia le assicurazioni non avrebbero rimborsato cure in assenza di diagnosi. Alcuni autori attribuiscono a questa necessità "sociale" la spinta per le associazioni di veterani di fare *lobby* per premere sull'American Psychiatric Association, mentre altri, più critici, ritengono che sia stata una pressione politica di associazioni pacifiste che accoglievano reduci divenuti contrari alla guerra in Vietnam [Baldwin *et al.* 2005]. Ad ogni modo, quello che accadde fu che

il Congresso si era sempre rifiutato di finanziare programmi di riabilitazione, intervento o prevenzione per i veterani del Vietnam fino al 1979 quando accettò di sovvenzionare i servizi per i veterani del Vietnam con problemi di riadattamento (Kelly 1985). [...] grazie ai nuovi finanziamenti, sono stati aperti nuovi ospedali e centri di trattamento, sono stati assunti più professionisti e sono stati raccolti dati su larga scala [ibidem].

La raccolta di così tanti dati ha quindi favorito la ricerca scientifica e la definizione rigorosa del PTSD: si ricordi che il DSM è un manuale su base statistica, e per questo gli studi su campioni ampi sono particolarmente rilevanti.

Nel frattempo un'altra battaglia civile muoveva indirettamente per il riconoscimento del PTSD: gruppi femministi negli Stati Uniti creavano i primi centri antistupro (1971) e chiedevano la ridefinizione dello stupro come un crimine violento. Nel 1974, le ricercatrici Ann Burgess e Lynda Holmstrom [1974] condussero uno dei primi studi sullo stupro. Le reazioni che osservarono risultarono simili a quelle manifestate dai soldati traumatizzati.

Nel 1980 le vittime di stress post traumatico videro finalmente riconosciuta la loro condizione nel DSM III. Da allora le successive edizioni hanno modificato o raggruppato differentemente alcuni criteri diagnostici, ma l'esistenza di sintomi clinici legati a un evento traumatico non è più stata messa in discussione.

Gli studi si sono succeduti, focalizzandosi su diversi eventi traumatici di tipo naturale o violento, ma fino ai primi anni del XXI secolo il PTSD non

era ancora stato associato a una pandemia. La situazione tuttavia sarebbe cambiata molto presto.

1.2. Il PTSD prima del Covid-19: epidemie e pandemie del XXI secolo

Ancora agli inizi di questo secolo, il PTSD non veniva quindi collegato ad epidemie o a pandemie, come risulta dalla letteratura scientifica di quegli anni: ad esempio McFarlane, parlando delle differenti manifestazioni della sindrome nelle distinte categorie di vittime, osservava che «clinical experience suggests that the long-term consequences of child abuse are very different from the experience of a natural disaster or other circumscribed trauma in adult life» [McFarlane 2000: 16]. Abusi, violenze, disastri naturali, conflitti ed atti terroristici (specialmente dopo l'11 settembre 2001) erano le circostanze menzionate dagli specialisti come l'*humus* da cui derivavano i casi di PTSD.

Lo spartiacque fu dunque lo scoppio della SARS, ovvero Severe Acute Respiratory Sindrome, forse la prima epidemia (ma non pandemia) del XXI secolo: con essa non soltanto il PTSD divenne una patologia associata a pandemie ed epidemie, ma anche e soprattutto agli operatori sanitari come categoria sociale a rischio di contrarla più di altre. Ma come si arrivò ad osservare questi sviluppi?

La SARS è stata una malattia respiratoria simile alla polmonite, causata dal virus SARS-CoV-1 (coronavirus), “cugino” dell’attuale SARS-CoV-2: come osserva l’OMS, «It was the first severe and readily transmissible new disease to emerge in the 21st century and showed a clear capacity to spread along the routes of international air travel»⁴. Essa iniziò a svilupparsi in Cina, nella provincia del Guangdong, a partire dal novembre del 2002, ed inizialmente non venne riconosciuta per ciò che era, ossia una nuova malattia: questo contribuì alla sua diffusione fino all’estate del 2003, quando ormai aveva toccato – anche se in misura molto differente – ben 27 Paesi, comprese le due “Regioni Amministrative Speciali” di Hong Kong e Macao per la Cina, con un totale finale di 8.096 casi e 774 morti secondo i dati dell’OMS⁵. In effetti la Cina “storica”, Hong Kong, Singapore e Taiwan sono le aree del mondo in cui si è registrata la maggioranza assoluta di casi e decessi, laddove il resto dell’Asia, l’Africa, l’Europa e le Americhe non sono state quasi toccate. L’unica importante eccezione è costituita dal Canada, che ebbe 251 casi e 43 morti, tutti concentrati a Toronto, mentre i confinanti USA ne ebbero

⁴ https://www.who.int/health-topics/severe-acute-respiratory-syndrome#tab=tab_1 (ultimo accesso: 16.01.2022).

⁵ Cfr. <https://www.who.int/publications/m/item/summary-of-probable-sars-cases-with-onset-of-illness-from-1-november-2002-to-31-july-2003> (ultimo accesso: 16.01.2022).

rispettivamente 27 e 0⁶. E fu proprio a Toronto che l'impatto psicologico della SARS sugli operatori sanitari iniziò ad essere studiato approfonditamente.

Il primo articolo scientifico che affrontò questo tema venne infatti pubblicato da un'équipe guidata da Robert Maunder, sulla base di una rapida ricerca empirica svolta nella città canadese fra il marzo e l'aprile del 2003. Questa improvvisa emergenza, ben lontana dal contesto geografico originario del virus (identificato poco tempo prima dal medico italiano Carlo Urbani, che ne rimase vittima⁷), fece sorgere difficoltà pressoché inedite per un ospedale canadese. Gli autori osservarono infatti che nella letteratura scientifica di riferimento vi era scarsità di informazioni utili per programmare interventi di sostegno a personale e pazienti, anche perché «the SARS outbreak is unique in recent history in its rapidity of transmission, its concentration in health care settings and the large number of health care workers who have been infected» [Maunder *et al.* 2003: 1245].

In questa prospettiva, l'obiettivo degli autori consistette nel comprendere l'impatto psicologico ed occupazionale del virus su tre categorie di persone all'interno di un ospedale universitario di Toronto, il Mount Sinai Hospital: ricoverati che contrassero la SARS; ricoverati che non la contrassero; operatori sanitari (*health care workers*). A questo fine essi decisero di adottare una tecnica qualitativa: la stesura di descrizioni basate su interviste non strutturate svolte con un certo numero (non specificato) di membri di spicco dello staff dell'ospedale, fra i quali alcuni esperti di salute mentale, che stavano assistendo le suddette tre categorie di persone. Gli intervistati ebbero anche modo di visionare le osservazioni formulate dagli autori e di collaborare alla loro revisione [ibidem].

La pubblicazione derivante da questa ricerca illustrò anzitutto le misure messe in campo dalla dirigenza dell'ospedale per prevenire i contagi ed assicurare al tempo stesso il regolare svolgimento dei servizi, oggi sinistramente note: protocolli più volte modificati, isolamento dei contagiati in un reparto SARS (istituito il 28 marzo), uso dei dispositivi di protezione individuali, misure di sanificazione, intensificazione dell'uso degli strumenti digitali all'epoca disponibili (e-mail e intranet dell'ospedale) e riduzione degli incontri *face to face*.

L'impatto psicologico della pandemia e di queste contromisure fu fortemente negativo, in quanto le continue modifiche apportate alle procedure accrebbero l'incertezza e questa, a sua volta, la percezione di pericolo personale, già alta a causa della letalità del virus e dell'insistenza dei *media* sul tema [ivi: 1248]. I membri dello staff ebbero inoltre reazioni psicologiche

⁶ Cfr. *ivi*.

⁷ Cfr. <https://www.repubblica.it/online/cronaca/virus/medico/medico.html> (ultimo accesso: 16.01.2022).

differenziate a seconda della loro sorte: coloro che entrarono volontariamente in quarantena come misura precauzionale (10 giorni) per i loro possibili contatti con il virus manifestarono preoccupazione per la loro sicurezza personale e timore di contagiare i propri famigliari, ma anche di subire un ostracismo sociale [ivi: 1249]; coloro che, per le loro mansioni, vennero giudicati “non essenziali” e furono dispensati dal lavoro si sentirono isolati ed inutili; coloro che vennero richiamati con nuovi compiti si sentirono più appagati. D’altro canto fu avvertito il differente carico di lavoro a seconda dei reparti nei quali si prestava servizio, e inevitabilmente si sviluppò il timore di potersi contagiare e di poter contagiare i propri cari, mentre talvolta alcuni operatori si sentirono «stigmatized within their communities and avoided identifying themselves as hospital workers» [ibidem]. Altre persone svilupparono risentimento per essere state destinate ai pazienti SARS e ci furono persino casi di rifiuto di assistere tali pazienti, ma non fra il personale infermieristico, che parse invece motivato e rassicurato dalle misure di protezione stabilite [ibidem].

Quindi, in generale, il personale reagì manifestando paura, frustrazione ed ansia: l’ansia fu particolarmente forte in coloro che operavano nel reparto SARS, con picchi in corrispondenza di alcuni eventi, ma anche a causa del fatto di doversi occupare degli stessi colleghi ammalatisi [ibidem]. Ciò contribuì a procurare loro «fatigue, insomnia, irritability and decreased appetite» [ibidem]: come osservato nel precedente paragrafo, si tratta di alcuni dei sintomi più rilevanti del PTSD. L’ospedale affrontò queste problematiche diffondendo le informazioni più chiare possibili sul virus, fornendo dispositivi di protezione adeguati e soprattutto approntando efficaci servizi di supporto psicologico, fra i quali ben due linee telefoniche [ivi: 1250].

Sulla base di tali sforzi, nelle conclusioni gli autori sottolinearono alcuni punti fermi sufficientemente validi ed utili. Anzitutto l’importanza di informazioni e direttive chiare, della collaborazione interna e di una ferma *leadership*. In secondo luogo, la convinzione che il personale infermieristico del reparto SARS avesse sofferto psicologicamente meno degli altri, in quanto «the SARS-unit nurses had a greater sense of competency and multiple support measures were quickly put into place». In proposito, relativamente al supporto fornito agli operatori, si osservò che «In our experience, support services for staff needed to be flexible, collegial and unintrusive. The presence of psychiatrists at nursing stations and at staff meetings helped to foster communication» [ibidem]. In altre parole, Maunder e i suoi colleghi conclusero che era importante identificare ed intervenire tempestivamente sui fattori che determinavano lo stress, ed in ogni caso far sentire la disponibilità degli altri colleghi e di tutta l’istituzione nei confronti del personale in servizio [ivi: 1251].

Questo lavoro pionieristico aprì la strada, nei mesi successivi, ad una serie di altri studi empirici che vennero svolti nei Paesi asiatici ove la SARS era

dilagata. Vennero tutti condotti seguendo un approccio metodologico quantitativo, mediante il quale si iniziò a cercare riscontro dell'insorgenza di PTSD negli operatori sanitari che avevano fronteggiato il virus.

In primo luogo, la situazione di Singapore fu indagata da Angelina O.M. Chan e Chan Yiong Huak in uno studio, pubblicato l'anno successivo, in cui rimasero a loro volta la scarsità di informazioni disponibili sull'impatto psicologico di un'epidemia sugli operatori sanitari [Chan e Huak 2004: 191]. Nel caso specifico della SARS, l'unico testo al momento disponibile era appunto quello di Maunder, focalizzato sull'impatto psicologico immediato dell'epidemia: lo scopo di Chan e Huak era invece descrivere «the emotional impact of SARS on doctors and nurses who were working in a medium size regional general hospital 2 months after the first case of SARS was reported in Singapore» [ibidem].

Metodologicamente, i due studiosi optarono per un criterio di campionamento non probabilistico, inviando un questionario a tutto il personale medico ed infermieristico dell'ospedale prescelto e garantendo l'anonimato ai rispondenti. Il questionario conteneva una sezione di dati socio-demografici ed altre tre più specifiche, basate su batterie di item prestabiliti e scale con punteggi, ossia i tipici strumenti utilizzati da psichiatri e psicologi per identificare le patologie⁸. Essi erano: il General Health Questionnaire (GHQ) a 28 item per rilevare casi psichiatrici problematici (in caso di punteggio pari o maggiore a 5); la Impact of Events Scale (IES) per rilevare il PTSD (in caso di punteggio maggiore a 30); ed una serie di domande più mirate ai cambiamenti personali determinati dalla SARS [ibidem]. In totale risposero ben 661 dei 993 operatori sanitari dell'ospedale (67%), ripartiti fra i cosiddetti gruppi "A" e "B", ossia rispettivamente coloro che avevano o non avevano avuto contatti con sospetti o probabili malati di SARS; inoltre ciascuno dei due gruppi era suddiviso fra personale medico ed infermieristico [ivi: 192].

I risultati forniti dal GHQ-28 furono, in sintesi, che i medici avevano una maggiore probabilità di sviluppare problemi psichiatrici rispetto ad infermieri ed infermiere, ed i single rispetto ai coniugati [ibidem], anche se naturalmente emersero «differences in the experience of psychiatric symptoms between the doctors and nurses of groups A and B (33 versus 26%) (P = 0.123)» [ivi: 193]. In merito al PTSD emerse invece che ne soffriva il 20% dei medici e degli infermieri, e che la minor probabilità di svilupparlo era legata alla percezione di un aiuto da parte di superiori e colleghi [ivi: 194].

Nelle conclusioni, gli autori commentarono che evidentemente l'alto livello di allerta di quelle settimane fra il marzo e l'aprile del 2003 aveva fortemente provato tutto il personale, anche se il loro ospedale non era stato

⁸ Anche in ragione della loro economicità sia in termini di spesa che di facilità di somministrazione.

designato per mettere in quarantena i malati di SARS [ivi: 194]. In merito specificamente al PTSD, il dato del 20% di rispondenti che risultava soffrirne in base ai punteggi dello IES veniva letto come «considerably higher» rispetto ad una precedente *survey* effettuata nel giugno 2002 e non pubblicata, dalla quale era emerso un più basso 8% [ivi: 195]. In aggiunta, rilevarono gli autori, i valori generali dei due gruppi risultarono allineati, a riprova del fatto che l'epidemia era stata «equally traumatic» a prescindere dal contatto diretto con i pazienti SARS [ibidem]. Ulteriori indicazioni emersero circa il supporto dell'istituzione ospedaliera al personale rispondente: «Doctors and nurses who experienced psychiatric symptoms (GHQ 28 score >5) were more likely to report that they did not perceive the support from their supervisor or head of department to be helpful and their work did not become more important to them» [ibidem]. Al contrario, coloro che ebbero punteggi più bassi nel GHQ-28 e nella scala IES, non presentando quindi sintomi di PTSD, risultarono essere gli stessi che avevano fatto meglio fronte al virus grazie a direttive chiare dalla dirigenza dell'ospedale e sostegno da parte dei colleghi, come già rilevato da Maunder nel suo contesto. E simili a quelle di Maunder risuonarono alcune delle osservazioni conclusive: «Support services are essential if health care workers' stress and needs are to be addressed. These should be flexible, collegial and varied in form» [ibidem].

Quasi contemporaneamente, due gruppi di lavoro pubblicarono i risultati di analoghi studi effettuati a Taiwan, ove la malattia era sbarcata il 10 marzo 2003, raggiungendo il suo picco a fine maggio e diffondendosi soprattutto negli ospedali [Chong *et al.* 2004: 127].

Il primo gruppo, diretto da Mian-Yoon Chong, si focalizzò quindi sul Chang Gung Memorial Hospital, un «tertiary hospital», ossia un ospedale per cure specialistiche in cui si erano avuti 79 contagi e 19 decessi: fra questi gli operatori sanitari erano stati rispettivamente 16 e 1, oltre a 237 individui posti in quarantena. In sintesi, una realtà pesantemente colpita dalla SARS, che aveva reagito con rigide misure costrittive, in particolare nelle sei settimane fra il 12 maggio ed il 27 giugno, durante le quali fu dichiarata la contaminazione della struttura [ibidem]. La *survey* fu lanciata contemporaneamente agli eventi ed anche in questo caso il criterio non fu probabilistico: «Data were collected through an anonymous, self-rated questionnaire distributed to all workstations and over the internet (to which all hospital workers had free access)» [ibidem]. Il questionario consisteva di tre sezioni: una socio-demografica e sull'esperienza avuta con il virus, una dedicata allo IES ed una al «Chinese Health Questionnaire» (CHQ), un particolare strumento derivato dal GH e riadattato per soggetti cinesi [ivi: 128].

I risultati furono abbastanza soddisfacenti da un punto di vista quantitativo: su una popolazione di 2.500 operatori sanitari, ben 1.310 restituirono il questionario, anche se solo 1.257 risposero esaurientemente a tutte le domande. Questo fu il campione definitivo da cui vennero estratti i dati

analizzati: un campione composto per i quattro quinti da donne (81,1%), e comunque con una maggioranza assoluta di personale infermieristico (54%). I dati furono divisi in due fasi cronologiche: la prima, dal 12 maggio al 6 giugno, denominata «*shock and reaction*», e la seconda, dal 7 al 27 giugno, denominata «*repair and reorientation*» [ibidem], evidentemente riprendendo la nota categorizzazione delle fasi di risposta allo stress. Il punteggio dello IES risultò più alto per gli uomini (37,5), i tecnici (48,3), i lavoratori meno esperti (39,5), le persone esposte al virus (39,1) e coloro che vivevano da soli (37,2) [ivi: 128, 130], ma curiosamente ciò emerse in entrambe le fasi, mentre «*No significant difference in IES score was found between marital status and different age groups*» [ibidem]. Invece i punteggi del CHQ risultarono più alti nella seconda fase, ed in particolare per le donne che si prendevano cura di pazienti SARS, mentre «*No statistically significant difference in psychiatric morbidity was found in relation to age, marital status or living conditions*» [ivi: 128].

In generale, paura ed ansia risultarono più intense nei questionari compilati durante la prima fase, quella in cui il virus stava dilagando ed occorreva farvi fronte fra mille difficoltà (ad esempio la fornitura di dispositivi di protezione), mentre nella seconda risultarono più alti i sintomi depressivi. In proposito gli autori sottolinearono che proprio in questa seconda fase oltre 100 infermiere presentarono le proprie dimissioni [ivi: 131]. Anche in questo caso si può dunque osservare che la SARS incise profondamente sull'equilibrio psicologico del personale sanitario.

Un secondo gruppo di lavoro, diretto da YaMei Bai, effettuò invece una ben più rapida *survey* sul personale di un ospedale psichiatrico non menzionato, ma situato in un'altra zona dell'isola [Bai *et al.* 2004: 1055]. Il contagio lo aveva minacciato a metà maggio del 2003, quindi le autorità sanitarie avevano imposto restrizioni ai servizi erogati ed avevano messo in quarantena per nove giorni ben 57 appartenenti allo staff [ibidem]. Bai ed i suoi colleghi predisposero dunque «*an anonymous SARS-related stress reactions questionnaire, composed of acute stress disorder criteria according to DSM-IV criteria and related emotional and behavioral changes*»: il 29 maggio lo fecero somministrare in formato cartaceo a 557 membri dello staff (402 operatori sanitari e 155 impiegati amministrativi) da parte dei rispettivi dipartimenti, con richiesta di restituzione entro il 5 giugno [ivi: 1057]. Il campione finale fu tuttavia composto da 338 rispondenti, dei quali 218 operatori e 79 amministrativi, più altri 41 che omisero i dati sociodemografici. Il risultato più rilevante fu che «*Seventeen staff members (5 percent) met the criteria for an acute stress disorder, stepwise multiple logistic regression analysis determined that quarantine was the most related factor*». Naturalmente il malessere psicologico risultò più forte fra gli operatori sanitari che fra gli amministrativi: i primi infatti erano più colpiti da insonnia, esaurimento ed incertezza, tanto che 20 di essi ammisero di considerare la possibilità di licenziarsi

[ibidem]. Inoltre, più in generale, ben 66 soggetti (il 20% del campione) asserirono di sentirsi stigmatizzati per il loro lavoro, e 52 dichiararono che non tornavano a casa per paura di contagiare i famigliari. La conclusione degli autori fu quindi che, nonostante le forme di assistenza attivate dall'ospedale, occorre un maggior sostegno psicosociale e programmi di *follow-up* [ibidem].

Ad Hong Kong invece l'epidemia determinò l'avvio di un rilevante numero di studi scientifici su queste tematiche. Una prima, breve ricerca venne svolta sotto la guida Siew E. Chua: fra l'11 aprile ed il 19 maggio 2003 un gruppo scelto tra il personale di due ospedali cittadini venne messo a confronto con un gruppo di controllo, bilanciato in base ad età, sesso ed istruzione, e costituito da persone sane prive di competenze sanitarie e di contatti con la SARS [Chua *et al.* 2004: 392]. Lo strumento impiegato fu un questionario autosomministrato comprendente la Perceived Stress Scale a 10 item (PSS-10) [ibidem]. Il campione definitivo risultò composto di 271 operatori sanitari e 342 appartenenti al gruppo di controllo: la maggioranza assoluta era costituita da donne, perlopiù giovani fra i 19 ed i 30 anni e con istruzione medio-alta (il 60% laureato); nel primo gruppo il 60% dei componenti era costituito da personale infermieristico [ibidem]. La risultanza principale fu che «Stress levels in the outbreak were 18.6 (SD 4.9) for HCWs and 18.3 (SD 5.6) for healthy control subjects; this represents approximately 50% more than the normative value of 13. [...] Strikingly, HCWs were not more stressed than healthy control subjects» [ibidem]. Gli operatori sanitari risultarono quindi, al momento della rilevazione, sottoposti ad uno stress più alto del normale ma non logorati, ed anzi relativamente più saldi e protetti rispetto ai normali cittadini, presumibilmente grazie ad una serie di fattori psicologici e sociali quali «awareness of hygiene (85%), focus on current affairs (77%), unity (51%), and awareness of danger (41%). [...] HCWs who were confident about infection control (74%, $n = 179$) had lower stress levels» [ibidem].

Alcuni mesi dopo, fra il giugno e l'agosto dello stesso anno 2003, un'équipe guidata da Cindy Tam lanciò una *survey* differente, in quanto esclusivamente focalizzata su operatori sanitari *frontline*, ossia in prima linea nella lotta alla SARS. Essi infatti furono scelti fra il personale di tre ospedali cittadini, due dei quali erano «the major sites of extensive outbreak of SARS in Hong Kong» [Tam *et al.* 2004: 1198]. Furono quindi spediti 1.621 questionari cartacei da auto compilare e restituire, ma i rispondenti furono solo 654 (il 40,2%): questo campione finale risultò composto essenzialmente da donne (il 79%), con età media di 34 anni, e per il 62% da infermiere, con scarsa rappresentatività dei medici [ivi: 1199]. Il questionario era costituito da sei sezioni, fra le quali il GHQ nella versione a 12 item (GHQ-12) ed una sezione dedicata alla valutazione delle forme di supporto [ivi: 1198]. Tra le principali risultanze, ben 444 persone (il 68% del campione) risultarono affette da livelli medio-alti di stress da lavoro, che affliggeva maggiormente i

più giovani, il personale infermieristico, chi si occupava di pazienti SARS e chi aveva una salute più precaria [ivi: 1199-1200]. Inoltre il 56,7% totalizzò punteggi del GHQ-12 oltre il livello “di guardia” per la sofferenza psicologica: si trattava in prevalenza di donne e di personale infermieristico, nonché di individui dall’alto livello di stress e dalla bassa autovalutazione sullo stato di salute [ivi: 1200]. Più in generale, la morbilità psicologica risultò significativamente influenzata da variabili quali il genere femminile, la cattiva salute, l’alto stress da lavoro e soprattutto un inadeguato supporto psicologico ed economico da parte dell’istituzione [ibidem]. Per tutti questi motivi gli autori sottolinearono l’effetto protettivo non solo di tale supporto, ma anche di concrete misure di welfare quali «insurance and compensation issues» [ivi: 1201], che i vertici degli ospedali coinvolti avrebbero dovuto tenere nella giusta considerazione.

È inoltre interessante osservare che ad Hong Kong, dopo queste prime esperienze, gli studiosi si concentrarono su un particolare sotto-gruppo di operatori sanitari, ossia coloro che contrassero la malattia nell’esercizio delle loro funzioni. In proposito occorre menzionare una terza ricerca, semplice ma in un certo senso “longitudinale”, svolta da Kitty Wu e due suoi colleghi: essi inviarono per posta cartacea un questionario a «476 SARS patients 1 month and 3 months after they were discharged from the hospital. Of the 476 SARS survivors contacted, 25 were healthcare workers» [Wu *et al.* 2005: 1297]. I rispondenti al primo invio furono 195 (il 41%), e fra costoro 131 persone (il 28%, tra i quali 14 operatori sanitari) compilarono nuovamente il questionario al secondo invio: questi ultimi furono il campione usato per lo studio [ibidem]. I questionari comprendevano le versioni cinesi dello IES-R e della Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [ibidem]. I risultati furono naturalmente valutati tenendo conto delle limitazioni determinate dal basso tasso di risposta, dalla mancanza di un «comparison group» e, specificamente, dall’esiguità del sotto-gruppo degli operatori sanitari [ivi: 1299]. Ciò nonostante, il dato principale emerso in merito al PTSD fu che «For most SARS survivors, a significant decrease in symptom severity from 1 month to 3 months after discharge was identified» [ivi: 1298]. Tuttavia fra di essi gli operatori sanitari restavano soggetti a più alto rischio, per i quali erano necessari servizi di supporto [ivi: 1299].

Una ricerca più complessa venne sviluppata successivamente da Antoinette M. Lee e da un folto gruppo di colleghi, che ne pubblicarono le risultanze nel 2007. Dopo aver menzionato il precedente studio di Wu *et al.* quale «longest follow-up study reported in the literature» sugli strascichi psicologici di lungo termine dei «SARS survivors» [Lee *et al.* 2007: 234], essi sottolinearono la necessità di dati proiettati su un arco di tempo più lungo: da ciò la scelta di effettuare uno studio basato sulla comparazione delle risultanze di due questionari, uno somministrato durante l’epidemia ed uno l’anno successivo. In entrambe le occasioni furono coinvolti quattro gruppi:

operatori sanitari malati (poi guariti); persone comuni malate (poi guarite); operatori sanitari non malati; persone comuni non malate. Questi ultimi due *cluster* ebbero la funzione di gruppi di controllo rispetto ai precedenti [ivi: 234-235]. L'indagine non fu tuttavia longitudinale, in quanto non si trattò delle stesse persone, ma solo di pazienti ed ex pazienti ricoverati nei medesimi due ospedali cittadini. Il primo questionario comprendeva una sezione socio-demografica e la PSS-10, mentre il secondo comprendeva anche le Depression Anxiety Stress Scales a 21 items (DASS-21) e i già menzionati IES-R e GHQ-12: ai due gruppi di controllo venne però somministrata solo la versione comprendente la PSS-10 [ivi: 234-235].

I campioni finali risultarono quindi costituiti, nel 2003, da 49 persone comuni e 30 operatori sanitari, rispettivamente 63 e 33 nel 2004; età, genere e livelli di istruzione erano bilanciati fra i due campioni, ma naturalmente gli operatori sanitari erano mediamente più istruiti, ed inoltre le donne erano maggiormente presenti e vi erano differenze di età media rispetto alle persone comuni [ivi: 235]. Nel merito dei quesiti posti, una prima risultanza consistette in livelli di stress notevolmente e costantemente più alti fra gli ex malati rispetto ai non malati, soprattutto se donne e nonostante l'anno trascorso [ibidem]. Ansia e depressione erano presenti a tassi medio-alti in almeno un terzo dei partecipanti, mentre i sintomi del PTSD (*intrusion, avoidance, hyperarousal*) erano a livelli moderati o superiori in circa un quinto di essi: le donne ex malate avevano tassi mediamente superiori rispetto agli uomini, mentre l'età e il grado di istruzione non erano fattori significativi [ivi: 235-236]. Tuttavia i dati più sorprendenti riguardarono proprio gli operatori sanitari: emerse infatti che durante il periodo "critico" di diffusione della SARS i loro punteggi nel PSS-10 non erano stati dissimili da quelli dei malati "comuni", mentre «The PSS-10 scores of health care worker SARS survivors increased significantly from the outbreak to 1 year after the outbreak, while those of non-health care worker SARS survivors remained similar over the period» [ivi: 237].

In estrema sintesi, un anno dopo la pandemia gli ex pazienti SARS manifestavano un pericoloso *mix* di stress, ansia, depressione e sintomi post-traumatici [ivi: 237-238]. Ciò valeva particolarmente per gli operatori sanitari: la loro salute mentale era stata quindi deteriorata anziché irrobustita dal passare del tempo. In particolare gli autori sottolinearono che «That more than 90% of health care worker SARS survivors scored above the GHQ-12 cut-off is of grave concern and calls for greater attention» [ivi: 239]. Essi menzionarono anche un altro loro «parallel study» condotto su operatori sanitari non infettati, ed attivi in reparti ad alto e a basso rischio: ogni comparazione fra i rispettivi valori mostrò differenze notevoli, e quindi gli autori ne dedussero che le condizioni psicologiche compromesse dei soggetti sembravano connesse più alla loro condizione di ex pazienti SARS che al ruolo di operatori sanitari [ivi: 239]. Il che portava a suggerire l'implementazione di servizi

si sostegno psicologico anche nella fase di riabilitazione dopo la guarigione, da tenere presente nell'eventualità di epidemie future [ibidem].

Lo studio parallelo menzionato venne pubblicato nello stesso numero della medesima rivista, ed è l'ultimo degno di nota sulla situazione degli operatori sanitari di Hong Kong [Mc Alonan *et al.* 2007]. Come già accennato, si trattò di una *survey* condotta sul personale non contagiato di due policlinici della città ed i rispondenti furono suddivisi in due gruppi: gli «high risk» in quanto attivi in dipartimenti di medicina respiratoria, ed i «low risk» di altri reparti, che funsero da gruppo di controllo [ivi: 242]. A questi operatori venne somministrato un primo questionario fra metà aprile e metà maggio del 2003, comprendente la PSS-10. Un anno dopo venne somministrato al personale delle medesime équipes un questionario più corposo, comprendente la PSS-10, il DASS-21 e lo IES-R, come nello studio precedente, e allo stesso modo non si ebbe la certezza che si trattasse esattamente degli stessi soggetti [ibidem]. Il campione del 2003 risultò così composto da 106 operatori ad alto rischio e 70 a basso rischio, abbinati in base a sesso, età ed istruzione, mentre nel 2004 i rispondenti furono 71 operatori ad alto rischio e 113 a basso rischio, anch'essi abbinati (tranne che nell'età) [ivi: 243]. Dall'elaborazione dei dati dei due questionari emerse quindi che nel 2003 entrambi i gruppi avevano livelli di stress percepito più alti del normale (13 punti), e con una differenza molto lieve: 17,0 punti per il gruppo ad alto rischio contro 15,9 per l'altro gruppo [ibidem]. Al contrario, un anno dopo «perceived stress levels were significantly higher among high-risk health care workers (mean score 18.56, SD 4.91) than among low-risk control subjects (mean score 14.81, SD 5.02)» [ivi: 243-244]. Inoltre, in base ai punteggi del DASS-21, i lavoratori ad alto rischio dimostrarono «higher levels of depression, anxiety, and general psychological distress»; ulteriori elaborazioni basate sui punteggi dello IES-R indicarono che lo stress post-traumatico avrebbe potuto essere un «partial mediator», insieme ad altri fattori, in grado di spiegare il differente livello di stress percepito fra i due gruppi [ivi: 245]. Da tutto ciò gli autori conclusero che probabilmente il contatto con pazienti SARS era il fattore responsabile della persistenza delle criticità psicologiche: auspicarono quindi la predisposizione di specifici servizi di supporto da parte delle dirigenze ospedaliere [ivi: 246].

È infine doveroso menzionare almeno il primo studio svolto nella Cina continentale propriamente detta, pubblicato da Ping Wu con numerosi coautori nel 2009. La loro ricerca si svolse però tre anni prima, e coinvolse gli operatori di un ospedale della capitale cinese che nel 2003 era stato pesantemente colpito dalla SARS. Questa volta il criterio di campionamento seguito fu rigidamente probabilistico: il campione di operatori venne infatti selezionato stratificando la popolazione di riferimento secondo la professione, la fascia di età ed il livello di esposizione al virus (per medici ed infermiere), e si ottenne un tasso di risposta dell'83%, pari a 549 persone [Wu *et al.* 2009:

303-304]. Il questionario fu strutturato in molte sezioni, fra le quali una sull'eventuale esposizione all'epidemia (anche in famiglia), una sulla percezione dei rischi connessi al virus, una sul suo impatto psicologico (basata sulla versione cinese modificata dello IES-R) ed una sull'eventuale permanenza della paura del virus al momento della compilazione [ivi: 304-305].

Dei 549 rispondenti i tre quarti erano donne, circa la metà aveva dai 36 ai 50 anni e ben l'84% era sposato, mentre le varie professioni erano relativamente bilanciate (le infermiere erano "solo" il 37,6%) [ivi: 305-306]. Il dato più rilevante tuttavia fu che «About 10% (n = 55) of the employees reported having had high levels of PTS symptoms (that is, an IES-R score of 20 or more) at some time during the 3-year period following their exposure to the 2003 SARS outbreak» [ivi: 305]. Il fattore socio-demografico più associato a questi precedenti livelli di stress post-traumatico risultò essere la sola età (non il genere), e per la precisione un'età inferiore ai 50 anni, mentre fra le varie forme di esposizione all'epidemia l'esposizione sul lavoro, l'eventuale quarantena ed il contagio di parenti o amici emersero come fattori influenti sui livelli dei sintomi di PTS [ibidem]. Al contrario, coloro che totalizzarono punteggi più bassi nei sintomi post-traumatici tendenzialmente riferirono di aver manifestato all'epoca una sorta di accettazione altruistica dell'epidemia e dei suoi rischi [ibidem]. Inoltre, circa il 40% delle 55 persone più colpite continuava ad avere un alto livello di sintomi da stress post-traumatico al momento della compilazione del questionario, e ciò era in forte relazione statistica con lo *status* di *single* e con un basso reddito [ivi: 307]. La perdurante paura della SARS era invece associata al genere femminile, ad un più alto livello di istruzione ed alla condizione di coniugati [ivi, 307, 309]. In base a tutto ciò, nelle conclusioni gli autori sottolinearono l'utilità di comprendere le paure del personale sanitario per i decisori politici, che in futuro avrebbero potuto trovarsi ad affrontare nuove emergenze epidemiche [ivi: 309].

1.3. Il PTSD dopo la SARS: la pandemia di AH1N1 e la MERS⁹

Dopo la SARS, le altre due patologie ad ampia diffusione del XXI secolo furono la AH1N1, detta anche "influenza suina", e la MERS. A rigor di termini, solo la prima di esse venne classificata come pandemia, mentre la seconda fu un'epidemia. Essa tuttavia ha in comune con la SARS e con l'attuale Covid-19 il fatto di essere dovuta ad un coronavirus. Entrambe, in ogni caso, determinarono un non trascurabile impatto psicologico sugli operatori

⁹ È stato preso in considerazione anche il virus Ebola, ma la ricerca bibliografica ha permesso di rinvenire solo una breve pubblicazione tedesca, dedicata all'impatto psicologico determinato dal ricovero di un unico paziente (nell'agosto del 2014) sullo staff medico del Centro Medico Universitario di Amburgo-Eppendorf [Lehmann *et al.* 2015].

sanitari di alcuni paesi, che non sfuggì agli studiosi. È dunque opportuno riepilogare brevemente le vicende di queste malattie e le produzioni scientifiche connesse.

L'influenza AH1N1 deve il suo soprannome al fatto di essersi sviluppata dai virus influenzali che colpiscono gli animali, e nel caso specifico i suini: ciò avvenne nell'aprile del 2009 in Nordamerica, e precisamente in Messico, ma la diffusione fu di tale rapidità che in giugno i Paesi colpiti giunsero al numero di 74, determinando da parte dell'OMS la dichiarazione ufficiale di "pandemia", la prima del XXI secolo¹⁰. Il periodo estivo non fu favorevole al contenimento del virus, tanto che entro agosto «there had been over 209,438 cases of influenza A/H1N1 worldwide, and at least 2,185 deaths had been reported to WHO» [Goulia *et al.* 2010: 2]. La diffusione proseguì durante l'inverno, ma la pericolosità del virus si rivelò inferiore alle attese e non molto differente da quella della comune influenza, ed inoltre la maggior parte dei casi continuò ad essere registrata nel continente americano: pertanto, a circa un anno dal suo inizio e dopo la produzione e la distribuzione di un vaccino specifico, si dichiarò la fine della pandemia.

Tutto ciò contribuisce a spiegare come mai la pandemia di AH1N1 non abbia determinato situazioni particolarmente critiche negli ospedali dei vari Paesi (fatte salve eventuali eccezioni circoscritte), né, di conseguenza, come mai non siano stati intrapresi studi sull'equilibrio psicologico degli operatori sanitari. L'unica eccezione¹¹, a conoscenza di chi scrive, è una ricerca svolta nell'estate del 2009 dalla studiosa greca Panagiota Goulia e da alcuni suoi colleghi, i quali osservarono appunto come la differenza fra la AH1N1 e la precedente SARS fosse costituita da un più "equilibrato" grado di diffusione della prima nella società, con un conseguente minor impatto psicologico concentrato sugli operatori sanitari. Anche per questo, a loro giudizio, «No studies, however, have investigated HCWs' worries, concerns or psychological distress at the height of the epidemic of the new strain of influenza virus, A/H1N1» [ibidem]. Lo studio consistette quindi in una *survey* basata su due questionari cartacei somministrati, durante il mese di settembre 2009, al personale di un ospedale specializzato della città di Giannina: mediante una richiesta di collaborazione inviata a tutti i dipartimenti dell'ospedale (e da essi approvata), ed un meeting con tutti i rispettivi operatori, gli autori stimarono di poter coinvolgere circa 1.000 persone, ma in definitiva solo 469 accettarono di compilare i questionari, disponibili in una serie di postazioni

¹⁰ Cfr. [https://www.who.int/emergencies/situations/influenza-a-\(h1n1\)-outbreak](https://www.who.int/emergencies/situations/influenza-a-(h1n1)-outbreak) e <https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/influenza/pandemic-influenza/past-pandemics> (ultimo accesso: 13.02.2022).

¹¹ Uno studio di Samuel YS Wong ed altri colleghi, pubblicato nello stesso anno, è dedicato ad investigare il grado di disponibilità alla vaccinazione influenzale da parte del personale infermieristico di Hong Kong, senza ulteriori approfondimenti sul loro equilibrio psicologico [Wong *et al.* 2010].

“strategiche” [ivi: 3]. Il primo questionario concerneva le percezioni degli operatori e le informazioni che avevano ricevuto, mentre il secondo consisteva nel GHQ-28, e ad essi era naturalmente associata una sezione dedicata ai dati socio-demografici [ivi: 2-3]. Non venne quindi specificamente indagata la presenza di sintomi di PTSD, ma solo di disagio psicologico. I partecipanti vennero poi divisi in quattro gruppi: personale medico; personale infermieristico; personale «allied», ossia specialisti di vari ambiti, come la stessa psicologia; personale ausiliario [ivi: 3].

Le risultanze più significative furono che 97 rispondenti (il 20,7%) manifestarono un *distress* psicologico da lieve a moderato, e fra costoro 32 (il 6,8%) addirittura da un *distress* grave: all’interno di questi gruppi, il personale infermieristico aveva i valori relativamente più alti [ivi: 5]. Più in dettaglio, i questionari rilevarono valori generali «moderately high» di timore per il virus e di percezione di rischio di contagio, con punteggi relativamente maggiori per la categoria degli ausiliari [ibidem]. D’altro canto, i rispondenti valutarono con discreta soddisfazione la preparazione dei loro dipartimenti (eccetto il personale infermieristico, particolarmente critico), ma soprattutto l’opera di informazione svolta. Anche per questi motivi, pochissimi fra loro avevano ridotto le relazioni sociali, così come pochissimi percepivano una qualche forma di ostracismo sociale dovuto alla loro occupazione, e soprattutto la stragrande maggioranza si dichiarò indisponibile a prendere un congedo o un’aspettativa per evitare il contagio. Inoltre, incrociando alcune risultanze, emerse abbastanza prevedibilmente che il grado di paura era direttamente correlato al grado di *distress* [ivi: 6]. Tuttavia, in merito a ciò, i ricercatori osservarono che il 20,7% di rispondenti con un livello «mild to moderate» era sostanzialmente in linea con i valori emersi in altre due rilevazioni precedenti alla pandemia (rispettivamente 18,1% e 21,8%), e da ciò dedussero che anche in tempi “normali” il *distress* psicologico era un problema comune per gli operatori sanitari [ivi: 7]. Anch’essi conclusero infine che le istituzioni sanitarie avrebbero dovuto porre attenzione a creare un ambiente lavorativo favorevole, garantendo al massimo protezione, informazione e servizi psicologici di supporto, senza trascurare il personale ausiliario [ivi: 9].

Due anni dopo la fine di questa esperienza pandemica, un nuovo coronavirus tornò in circolazione con un’epidemia in Medio Oriente: il MERS-CoV, ossia Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus. Si trattò di un’epidemia iniziata nel 2012 in Arabia Saudita (che ne rimase l’epicentro mondiale) e successivamente propagatasi in altri 26 paesi, determinando la morte di circa 1.000 persone¹². Per la diffusione relativamente limitata non venne etichettata come pandemia, ed anche la sua pericolosità fu percepita

¹² Cfr. https://www.who.int/health-topics/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-mers#tab=tab_1 (ultimo accesso: 16.02.2022).

come scarsa dall'opinione pubblica, sebbene l'OMS riporti che il 35% dei pazienti registrati sia deceduto, e che «In health care settings, however, human-to-human transmission appears to be more frequent»¹³. Si verificarono quindi tutte le condizioni affinché, in alcuni Paesi, il personale sanitario fosse sottoposto a dure prove a livello sia fisico sia psicologico. Ciò non sfuggì a vari studiosi, che avviarono ricerche empiriche mirate, successivamente edite su riviste scientifiche: a chi scrive risulta infatti che esistano quattro pubblicazioni effettivamente pertinenti al tema in oggetto.

La prima di queste fu il frutto di uno studio compiuto da una nutrita équipe della King Saud University di Riyad, diretta da Elham Essa Bukhari. Costoro si concentrarono sugli operatori sanitari degli ospedali di Jeddah, la città portuale saudita in cui venne diagnosticato il primo caso in assoluto, nel settembre del 2012, e nei cui ospedali il virus risultò ancora ampiamente diffuso a due anni di distanza [Bukhari *et al.* 2016: 845]. Venne dunque elaborato un questionario composto da tre sezioni, ossia una sui dati socio-demografici, una sulle percezioni individuali di esposizione al virus e di rischio di infezione, ed una dedicata allo IES: non fu tuttavia indagato specificamente il PTSD [ivi: 845-846]. Il questionario venne somministrato agli operatori sanitari che accettarono di partecipare alla *survey*, ossia 386 su 398 interpellati: fra i rispondenti, ben 332 (86%) erano donne e 293 (75,9%) appartenevano al personale infermieristico, mentre 34 erano medici e gli altri avevano ulteriori qualifiche [ivi: 846]. Tuttavia solo 64 (16,6%) erano stati in contatto con pazienti MERS confermati, mentre 164 (42,5%) avevano gestito pazienti sospetti poi rivelatisi negativi e i restanti avevano curato pazienti negativi: probabilmente questo era uno dei motivi per i quali solo una minoranza fra i rispondenti dichiarava di aver avuto paura di contrarre il virus e di trasmetterlo ad altri nelle settimane precedenti, con «no significant differences [...] between participants who had direct contact with a MERS-CoV patient and those who did not have direct contact» [ivi: 847]. Le uniche differenze significative emersero solo in relazione al grado di paura di contrarre l'infezione: i punteggi maggiori furono conseguiti mediamente dalle donne rispetto agli uomini, e dai «participants who worked in isolation areas, intensive care units (ICUs), and emergency rooms» [ibidem]. In conclusione, osservarono gli autori, complessivamente il campione di personale ospedaliero della città più colpita dalla MERS in Arabia Saudita non sembrava essere stato provato psicologicamente in misura paragonabile a quanto avvenuto dodici anni prima ai loro colleghi dell'Estremo Oriente: ben il 56,7% dei rispondenti infatti non manifestava nervosismo, ansia o paura incontrollata [ivi: 848].

Quasi contemporaneamente un altro gruppo, diretto da Imran Khalid, pubblicò un articolo più dettagliato relativamente al campione selezionato, ma più semplice relativamente allo strumento prescelto. Lo studio infatti fu

¹³ Cfr. *ibidem*.

condotto «among healthcare staff working in King Faisal Specialist Hospital & Research Center, a tertiary care hospital in Jeddah, Saudi Arabia» [Khalid *et al.* 2016: 8]. Più precisamente la popolazione designata era costituita dagli operatori sanitari dei reparti ad alto rischio, ossia circa 200 persone: a 150 di esse, scelte in base a un campionamento di convenienza, venne somministrato il questionario 6 mesi dopo lo scoppio dell'epidemia [ivi: 8-9]. Quest'ultimo consisteva in 5 sezioni (per un totale di 72 item), dedicate rispettivamente alle emozioni provate dallo staff, ai possibili fattori di stress, ai possibili fattori anti-stress, alle «personal coping strategies» ed ai possibili incentivi per affrontare eventuali epidemie future: i quesiti della prima, della seconda e della quarta sezione avevano una struttura composta da una prima domanda dicotomica sì/no e da una successiva scala a 4 punti per misurare la consistenza del fenomeno, mentre le altre sezioni avevano solo quesiti sotto forma di scale [ivi: 9-10]. Nessuno specifico strumento di misurazione del PTSD o di altre patologie fu quindi adottato.

I 117 rispondenti risultarono essere per oltre l'80% non sauditi, per tre quarti donne e nuovamente per tre quarti personale infermieristico, mentre i due terzi erano impegnati in unità di «Critical Care» [ivi: 8]. Relativamente alle risultanze, è sufficiente osservare che costoro ammisero di aver provato timore, ma che più forte fu l'obbligo professionale ed etico di continuare a svolgere il proprio compito, e non fu trascurabile anche il compenso economico ricevuto dopo l'ondata pandemica [ivi: 9, 10]. Il timore era ovviamente legato sia alla propria incolumità, sia a quella dei propri famigliari e colleghi: riguardo a questi ultimi, emerse che «Positive attitude in the workplace was the biggest impact in reducing staff stress», ma anche la disponibilità di equipaggiamenti protettivi e di linee guida chiare ed efficaci, nonché la consapevolezza dei progressi di salute dei colleghi ammalati furono elementi in grado di diminuire lo stress [ivi: 11].

Due anni dopo, un altro *team* di ricerca saudita, guidato da Adel F. Almutairi, effettuò un'indagine focalizzata sugli operatori sanitari che avevano contratto la MERS. Il loro approccio metodologico fu qualitativo, come già nel caso di Maunder *et al.*, e quindi non fu effettuata una valutazione «canonica» dell'impatto psicologico dell'epidemia su queste persone, né tantomeno una rilevazione dell'eventuale presenza di PTSD. Tuttavia è opportuno riassumere brevemente le risultanze più significative di tale studio. In primo luogo, la tecnica di ricerca qualitativa adottata fu l'intervista semi-strutturata, che venne impiegata su 7 operatori sanitari ammalatisi e sopravvissuti, selezionati con un procedimento «a scelta ragionata», ossia in base a caratteristiche ritenute adeguate dai ricercatori: quattro di loro erano donne e tre uomini, quattro appartenenti al personale infermieristico e tre al personale medico, con età variabile dai 28 ai 66 anni, e solo due erano cittadini sauditi [Almutairi *et al.* 2018: 188]. Le interviste vennero naturalmente registrate e trascritte, e le trascrizioni analizzate e codificate, fino a identificare quattro temi

principali ricorrenti in tutte, da considerare quindi come gli aspetti più caratterizzanti la comune esperienza della malattia: la cura per gli altri nei momenti distintivi, a rischio di contrarre il virus; il pregiudizio e lo stigma sociale percepiti da parte degli altri, anche colleghi, perfino dopo la guarigione; i momenti di paura e disperazione traumatiche; la negazione e la sottovalutazione della pericolosità della malattia [ivi: 188-190]. I racconti delle esperienze vissute e dei sentimenti provati indussero quindi gli autori a rilevare, in sede conclusiva, che i sopravvissuti intervistati erano soggetti tuttora vulnerabili, e dunque necessitavano di sostegno ed aiuto da parte dell'istituzione [ivi: 190].

Infine, al di fuori della penisola arabica, il Paese più colpito dalla MERS in quegli anni risultò essere la Corea del Sud, e ciò costituì uno stimolo per l'ultimo studio significativo in questa sede, svolto da un gruppo guidato da Sang Min Lee. Come ricordano gli autori, «An outbreak of the Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) infection occurred in Korea from May to December 2015, resulting in 186 cases of infection, 38 deaths (20.4% of total cases), and 16,692 exposed individuals experiencing home quarantine for two weeks» [Lee *et al.* 2018: 123]. Ciò determinò lo sviluppo di poche iniziative di studio sull'impatto psicologico di questa nuova epidemia, e non focalizzate specificamente agli operatori sanitari: questo fu dunque lo scopo degli autori. Più precisamente, durante l'anno 2015 ed a epidemia in corso, essi selezionarono 1.800 operatori in servizio presso il Kyung Hee University Hospital di Gangdong (un distretto di Seul) e 73 pazienti ivi ricoverati: la scelta fu dovuta al fatto che l'ospedale intero fu chiuso fra il 19 giugno ed il 13 luglio 2015 [ivi: 123-124]. Agli operatori fu somministrato «via email and mobile devices» il tipico IES-R nella versione coreana, per ravvisare sintomi specifici di PTSD: la somministrazione avvenne in due occasioni, durante la chiusura ed un mese dopo [ivi: 124]. Ai pazienti, tutti in procinto di sottoporsi ad emodialisi, furono invece somministrati il questionario Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) al momento dell'ammissione e successivamente la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) durante l'ospedalizzazione [ibidem].

In questa sede sono quindi rilevanti i risultati relativi al primo gruppo: di costoro completarono il primo questionario solo 359 soggetti su 1.800, in gran parte donne (294, l'81,9%) e trenta-quarantenni (il 50,7%), mentre le categorie professionali più numerose furono medici (33,1%) ed infermiere (31,5%), e ben 92 (25,6%) risultarono essere quarantenati in casa [ibidem]. Soprattutto, 230 di essi (il 64,1%) manifestarono la presenza di sintomi simili a quelli del PTSD, e 183 (il 51,5%) totalizzarono punteggi compatibili con la diagnosi di PTSD. A costoro fu quindi somministrato anche il secondo questionario sei settimane dopo, con l'ospedale riaperto. Dei 183 soggetti risposero in 77, per la stragrande maggioranza donne (70, il 90,9%) e personale infermieristico (53, il 68,8%). In questa seconda occasione, «The IES-

R identified 42 respondents (54.5%) as having the presence of PTSD-like symptoms, and 31 (40.3%) as being eligible for a diagnosis of PTSD» [ibidem].

Nella prima rilevazione i punteggi IES-R totali e quelli settoriali di chi svolgeva compiti connessi all'epidemia risultarono nettamente più alti di quelli dei colleghi impiegati in altre mansioni, mentre nella seconda risultarono più alti solo alcuni punteggi settoriali, ma senza rilevanza statistica [ivi: 125-126]. Tuttavia nel primo gruppo furono rilevati anche fattori predisponenti, quali traumi avvenuti nell'infanzia o alcolismo, e pertanto gli autori ne derivarono la supposizione che fossero questi ad influire sul permanere di alti punteggi per costoro nella seconda *survey* [ivi: 126]. I punteggi risultarono invece pressoché identici fra quarantenati e non quarantenati nella prima rilevazione, e leggermente superiori per i quarantenati nella seconda, ma ancora una volta senza rilevanza statistica [ivi: 126].

Da tutto ciò gli autori dedussero ancora una volta la necessità di una maggior tutela psicologica degli operatori sanitari rispetto al pericolo di sviluppare il PTSD, ma ricordarono anche la “lezione” della passata epidemia di SARS, che evidentemente non era stata ben recepita dalle autorità sanitarie: «Therefore, there should be more awareness regarding this population as targets for psychiatric care, and prompt and continuous psychiatric intervention for outbreaks of life-threatening, epidemic potential infectious diseases, in which the psychiatrist's role should be emphasized» [ivi: 127].

Meno di due anni dopo la pubblicazione di questi studi, il mondo si trovò a fronteggiare la seconda pandemia del XXI secolo, la più letale dai tempi della “Spagnola”.

1.4. Conclusioni

In questo capitolo sono stati sinteticamente descritti il PTSD ed altre patologie di cui possono soffrire gli operatori sanitari, nonché le circostanze precedenti all'attuale pandemia di Covid-19 che hanno determinato la loro diffusione. Si è osservato che, se lo stress è qualcosa di connaturato all'uomo e lo stress eccessivo può riguardare chiunque, un trauma psichico è qualcosa che si sviluppa quando si fronteggiano episodi incompatibili con le normali capacità di sopportazione e di adattamento di una persona, *in primis* eventi estremi ed implicanti la minaccia per la vita, almeno secondo la percezione soggettiva.

Il trauma vicario, la *compassion fatigue* ed il *burn out* si possono quindi ragionevolmente definire patologie il cui rischio è insito nelle professioni d'aiuto, nel soccorso e nelle professioni sanitarie, anche se possono essere controbilanciate dalla *compassion satisfaction*. Al contrario, il PTSD non è una patologia esclusivamente associabile agli operatori sanitari come gruppo

sociale, ed infatti il cammino che ha portato alla sua identificazione e definizione ha preso avvio dalla categoria che più di tutte ha sperimentato, negli ultimi due secoli, il suo principale fattore scatenante, ossia la prossimità alla morte: la categoria dei soldati in contesti bellici. Dalla guerra di secessione americana fino alla guerra del Vietnam, non senza polemiche, dibattiti scientifici e contrasti si è giunti quindi all'attuale conoscenza di questa malattia tipica dei combattenti, cui si sono progressivamente aggiunte le persone vittime di violenze ed abusi, disastri naturali o attacchi terroristici.

Il XXI secolo ha visto invece il dilagare del PTSD fra gli operatori sanitari, non più come fenomeno individuale condizionato dalle caratteristiche soggettive dei singoli, ma come *fenomeno sociale* determinato principalmente dallo scoppio di epidemie e pandemie. Il loro impatto naturalmente è stato diverso a seconda delle caratteristiche sociodemografiche, fisiche e psicologiche delle persone, ma si è pur sempre trattato di un impatto rilevante in termini statistici, e quindi a livello generale nei vari paesi che sono stati interessati dal dilagare di queste malattie.

Più in dettaglio, il punto di svolta è stato costituito dallo scoppio dell'epidemia di SARS in Canada (Toronto) ed in alcuni Paesi asiatici, come illustrato dai 10 articoli scientifici analizzati nel corso del capitolo. Le loro risultanze non sono identiche, ed anzi talvolta paiono contrastanti, ad esempio in merito alla maggiore o minore vulnerabilità psicologica delle donne rispetto agli uomini o del personale infermieristico rispetto ai medici.

Gli studi replicati nel tempo, tutti effettuati ad Hong Kong, mostrano invece un'uniformità relativamente maggiore: in due casi su tre, ad un anno di distanza la salute mentale degli operatori sanitari non pareva migliorata. È da sottolineare inoltre il fatto che talune ricerche hanno rilevato anche il timore di molti operatori sanitari di essere stigmatizzati ed isolati socialmente.

In ogni caso quasi tutti, a partire da Maunder *et al.*, sottolinearono l'importanza dell'impiego di contromisure efficaci da parte delle istituzioni ospedaliere per ristabilire un equilibrio psicologico accettabile: anzitutto informazioni e direttive chiare onde evitare il contagio, di conseguenza anche materiale di protezione, talvolta forme di welfare aziendale, e soprattutto la predisposizione di servizi di supporto psicologico dedicati.

La pandemia di AH1N1 e l'epidemia di MERS non furono percepite dall'opinione pubblica e dalle istituzioni sanitarie come qualcosa di altrettanto grave, e ciò ha un riscontro sia nel minor numero di studi scientifici condotti, sia nel fatto che tali studi in maggioranza non furono impostati allo scopo di identificare la presenza di PTSD. Tuttavia ciò non significa che le risultanze fossero sempre tranquillizzanti: in particolare Lee *et al.* giunsero alla conclusione che gli operatori esposti al virus erano più a rischio di sviluppare il PTSD, invocando una maggiore attenzione delle autorità sanitarie verso questo genere di necessità, anche in caso di futuri scoppi di epidemie.

Le loro considerazioni, come quelle dei loro predecessori al tempo della SARS, si rivelarono profetiche.

Nel prossimo capitolo ci proponiamo di osservare l'impatto del Covid-19 sugli operatori sanitari italiani – attraverso l'analisi degli studi e ricerche svolti negli ultimi due anni – al fine di riscontrare indirettamente se essi hanno potuto fronteggiare la pandemia contando su forme di assistenza psicologica più strutturate, rispetto a quanto rilevato nella letteratura internazionale.

Riferimenti bibliografici

- Almutairi A.F., Adlan A.A., Balkhy H.H., Abbas O.A., Clark A.M. (2018), *“It feels like I'm the dirtiest person in the world”*. *Exploring the experiences of healthcare providers who survived MERS-CoV in Saudi Arabia*, «Journal of Infection and Public Health», 11, 187-191.
- American Psychiatric Association – APA (1952), *Diagnostic and Statistic Manual. Mental Disorders (DSM-I)*, American Psychiatric Association – Mental Hospital Service, Washington.
- American Psychiatric Association (2014), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali quinta edizione DSM5*, Cortina, Milano.
- Bai Y., Lin C.-C., Lin C.-Y., Chen J.-Y., Chue C.-M., Chou P. (2004), *Survey of Stress Reactions Among Health Care Workers Involved with the SARS Outbreak*, «Psychiatric Services», vol. 55, n. 9, 1055-1057.
- Baldwin S.A., Williams D.C., Houts A.C. (2005), *Storia critica del DPTS*, «Cognitivismo clinico» P, 2, 118-141.
- Bonomi C. (2000), *La psicologizzazione del trauma. Nascita e tramonto della diagnosi di “nevrosi traumatica” (1870-1920ca)*, «Teoria & Modelli», numero speciale, 5 (1-2), 125-161.
- Bukhari E.E., Temsah M.H., Aleyadhy A.A., Alrabiaa A.A., Alhboob A.A.N., Jamal A.A., Binsaeed A.A. (2016), *Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) outbreak perceptions of risk and stress evaluation in nurses*, «The Journal of Infection in Developing Countries», 10(8), 845-850.
- Burgess A., Holmstrom L. (1974), *Rape: Victims of Crisis*, R.J. Brady Co, Washington (D.C.).
- Chan A.O.M., Huak C.Y. (2004), *Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore*, «Occupational Medicine», 54, 190-196.
- Chong M.Y., Wang W.-C., Hsieh W.C., Lee C.-Y., Chiu N.-M., Yeh W.-C., Huang T.-L., Wen J.-K., Chen C.-L. (2004), *Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital*, «British Journal of Psychiatry», 185, 127-133.
- Chua S.E., Cheung V., Cheung C., McAlonan G.M., Wong J.W.S., Cheung E.P.T., Chan M.T.Y., Wong M.M.C., Tang S.W., Choy K.M., Wong M.K., Chu C.M., Tsang K.W.T. (2004), *Psychological Effects of the SARS Outbreak in Hong*

- Kong on High-Risk Health Care Workers, «Canadian Journal of Psychiatry», 49, 391-393.
- Da Costa J.M. (1871), *On irritable heart; a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences*, «The American Journal of the Medical Sciences» (61): 18-52.
- Farina B., Liotti G. (2011), *Dimensione dissociativa e trauma dello sviluppo*, «Cognitivismo clinico» 8, 1.
- Figley C.R., (1995), *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*, Brunner Mazel, New York.
- Gouliou P., Mantas C., Dimitroula D., Mantis D., Hyphantis T. (2010), *General hospital staff worries, perceived sufficiency of information and associated psychological distress during the A/H1N1 influenza pandemic*, «BMC Infectious Diseases», 10:322, 1-11.
- Ius S., Scopelliti E. (2022), «Psychological support to rescuers involved in the covid-19 emergency», *Atti del convegno First Conference on effective response dell'Hungarian Red Cross (forthcoming)*.
- Jones E. (1945), *Psychology and war conditions*, «Psychoanalytic Quarterly» 14, 1.
- Kardiner A. (1977), *Una piccola nevrosi. Reminiscenze di un'analisi con Freud*, Sesamo Editrice, Roma.
- Khalid I., Khalid T.J., Qabajah M.R., Barnard A.G., Qushmaq I.A. (2016), *Healthcare Workers Emotions, Perceived Stressors and Coping Strategies During a MERS-CoV Outbreak*, «Clinical Medicine & Research», Volume 14, Number 1, 7-14.
- Kräpelin E. (1885), *Compendio di psichiatria*, Vallardi, Milano.
- Lazarus R., Folkman S. (1984), *Stress, appraisal, and coping*, Springer Publishing, New York.
- Lee A.M., Wong J.G.W.S., McAlonan G.M., Cheung V., Cheung C., Sham P.C., Chu C.-M., Wong C., Tsang K.W.T., Chua S.E. (2007), *Stress and Psychological Distress Among SARS Survivors 1 Year After the Outbreak*, «The Canadian Journal of Psychiatry», Vol. 52, No. 4, April, 233-240.
- Lee S.M., Kang W.S., Cho A.-R., Kim T., Park J.K. (2018), *Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients*, «Comprehensive Psychiatry», 87, 123-127.
- Lehmann M., Bruenahl C.A., Löwe B., Addo M.M., Schmiedel S., Lohse A.W., Schramm C. (2015), *Ebola and Psychological Stress of Health Care Professionals*, «Emerging Infectious Diseases», Vol. 21, No. 5, May, 913-914.
- Maunder R., Hunter J., Vincent L., Bennett J., Peladeau N., Leszcz M., Sadavoy J., Verhaeghe L.M., Steinberg R., Mazzulli T. (2003), *The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital*, «Canadian Medical Association Journal», 168 (10), 1245-1251.
- McAlonan G.M., Lee A.M., Cheung V., Cheung C., Tsang K.W.T., Sham P.C., Chua S.E., Wong J.G.W.S. (2007), *Immediate and Sustained Psychological Impact of an Emerging Infectious Disease Outbreak on Health Care Workers*, «The Canadian Journal of Psychiatry», Vol. 52, No. 4, April, 241-247.
- McFarlane A.C. (2000), *Posttraumatic Stress Disorder: A Model of the Longitudinal Course and the Role of Risk Factors*, «Journal of Clinical Psychiatry», 61(suppl. 5), 15-20.

- Myers C.S. (1915), *A contribution to the study of shellshock. Being an account of three cases of loss of memory, vision, smell and taste admitted to the Duchess of Westminster's War Hospital*, «Le Touquet Lancet», 13, 316-320.
- Oppenheim H. (1889), *Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenlinik der Charité in den letzten 5 Jahren gesammelten Beobachtungen*, Hirschwald, Berlino.
- Oppenheim H. (1915), *Der Krieg und die traumatischen Neurosen*, «Berliner Klinische Wochenschrift», 52, 257-261.
- Organizzazione Mondiale della Sanità – OMS (1996), *ICD-10 classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali*, Edra-Masson, Milano-Roma.
- Sefa B. (2020), *Classification of posttraumatic stress disorder and its evolution in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) criteria*, «International Journal of Psychology and Counselling», Vol. 12(4), October-December, 105-108.
- Tam C.W.C., Pang E.P.F., Lam L.C.W., Chiu H.F.K. (2004), *severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: stress and psychological impact among frontline healthcare workers*, «Psychological Medicine», 34, 1197-1204.
- Wu K.K., Chan S.K., Ma T.M. (2005), *Posttraumatic Stress after SARS*, «Emerging Infectious Diseases», Vol. 11, No. 8, August, 1297-1300.
- Wu P., Fang Y., Guan Z., Fan B., Kong J., Yao Z., Liu X., Fuller C.J., Susser E., Lu J., Hoven C.W., (2009), *The Psychological Impact of the SARS Epidemic on Hospital Employees in China: Exposure, Risk Perception, and Altruistic Acceptance of Risk*, «The Canadian Journal of Psychiatry», Vol. 54, No. 5, May, 302-311.

2. *L'impatto del Covid-19 sugli operatori sanitari italiani: PTSD ed altre patologie in una rassegna della letteratura*

di *Alessandro Fabbri*

Il presente capitolo illustra gli studi fino ad oggi dedicati da accademici e specialisti di area medica, psicologica e psichiatrica all'impatto della pandemia da Covid-19 sulla categoria sociale degli operatori sanitari italiani, intesi in senso onnicomprensivo. Si tratta in altre parole dei precedenti scientifici della ricerca oggetto del presente volume: rilevazioni che indagano ed espongono le condizioni fisiche e psicologiche in cui versano attualmente i "colleghi" degli operatori volontari delle Pubbliche Assistenze. Esse permettono quindi di comprendere ciò che garantisce, o viceversa minaccia, la "tenuta sociale" di queste persone, uomini e donne che sono attori di primaria importanza del nostro sistema di welfare, così come i volontari ANPAS

2.1. Lo scoppio della pandemia e i primi studi in ambito internazionale

Fra il novembre ed il dicembre del 2019, Wuhan, popolosa città capoluogo della provincia cinese dell'Hubei, fu l'epicentro dello sviluppo e della diffusione di un nuovo coronavirus, il SARS-CoV-2, che iniziò a causare una malattia respiratoria oggi nota come Covid-19 (*coronavirus disease*). Le origini di questo virus sono ancora oggi dibattute fra gli studiosi¹, anche a causa della scarsa e tardiva collaborazione delle autorità cinesi alle inchieste dell'OMS. Il virus fu colpevolmente sottovalutato nella sua pericolosità e nella sua capacità di diffusione, cosicché poté attecchire nel resto del mondo attraverso molteplici canali, mentre la Cina riusciva a circoscrivere il contagio attuando una quarantena sostenuta dalla militarizzazione della stessa Wuhan.

Pertanto, dopo le prime settimane dell'anno 2020, il numero di Paesi colpiti dal virus divenne tale che il direttore generale dell'OMS, Tedros

¹ Cfr. <https://tg24.sky.it/salute-e-benessere/2022/03/07/covid-laboratorio-wuhan-palu> (ultimo accesso: 16.03.2022).

Adhanom Ghebreyesus, l'11 marzo dichiarò ufficialmente l'esistenza di una pandemia, precisando che «We have never before seen a pandemic sparked by a coronavirus. This is the first pandemic caused by a coronavirus»². Due giorni prima l'Italia, travolta dal virus e con gli operatori sanitari sottoposti ad enormi carichi di lavoro, un forte stress ed un ancor più forte rischio di contagio, aveva adottato la sua prima quarantena nazionale, o *lockdown*, mediante un DPCM emanato dal Presidente del Consiglio Giuseppe Conte³. Non a caso, nella sua dichiarazione Ghebreyesus precisò che «We are grateful for the measures being taken in Iran, Italy and the Republic of Korea to slow the virus and control their epidemics. We know that these measures are taking a heavy toll on societies and economies, just as they did in China»⁴.

Dopo poco tempo dall'inizio della pandemia, parallelamente all'avvio di frenetiche ricerche scientifiche per l'individuazione di vaccini e cure contro il virus (oggi finalmente trovati ed impiegati), sono stati intrapresi su scala planetaria anche numerosi studi empirici finalizzati a rilevare le reazioni fisiche, psicologiche e sociali degli operatori sanitari alla pandemia stessa.

Ad oggi si può dire quindi che esiste un numero rilevante di lavori, più o meno approfonditi ed accurati, dedicati a queste tematiche. Naturalmente i primi sono stati pubblicati da studiosi cinesi, e fra essi gli esempi più precoci sono stati gli articoli di Kang *et al.* e di Lai *et al.*, quasi perfettamente contemporanei in quanto entrambi pubblicati a marzo 2020.

Jianbo Lai e i suoi colleghi hanno infatti effettuato una «cross-sectional, hospital-based survey conducted via a region-stratified, 2-stage cluster sampling from January 29, 2020, to February 3, 2020» [Lai *et al.* 2020: 3]: sono stati contattati 1.830 operatori sanitari attivi in 34 ospedali, dei quali 20 a Wuhan, 7 in altre regioni della provincia dello Hubei, e 7 in altre Province ove il Covid-19 era diffuso. Lo scopo della ricerca non era determinare specificamente il PTSD, ma l'intensità dei sintomi di depressione, ansia, insonnia e *distress*, dunque il questionario, oltre alle consuete domande sui dati socio-demografici, è stato suddiviso in 4 sezioni, ognuna corrispondente ad una specifica batteria di item utilizzati in psicologia: il Patient Health Questionnaire (PHQ-9), il Generalized Anxiety Disorder (GAD-7), l'Insomnia Severity Index (ISI) e il consueto IES-R [ibidem]. I rispondenti sono stati ben 1.257, dei quali 964 donne (76,7%), 764 infermiere/i (60,8%) e 522 operatori *frontline* direttamente impegnati con pazienti Covid-19 (41,5%) [ivi: 4]. In estrema sintesi, i risultati principali sono consistiti nel riscontrare che «A considerable proportion of participants had symptoms of depression (634

² <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> (ultimo accesso: 16.03.2022).

³ Cfr. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/09/20A01558/sg> (ultimo accesso: 16.03.2022).

⁴ <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> (ultimo accesso: 16.03.2022).

[50.4%]), anxiety (560 [44.6%]), insomnia (427 [34.0%]), and distress (899 [71.5%])»: disaggregando i dati, i livelli più alti afferivano alle donne, al personale infermieristico, al personale frontline ed agli operatori di Wuhan [ibidem]. Inoltre anche il fatto di avere un titolo professionale intermedio è risultato associato a forti sintomi delle suddette patologie, eccetto l'insonnia [ivi: 8]. Per questo gli autori hanno concluso lo studio invocando una «particular attention» verso queste categorie da parte delle autorità [ivi: 10].

Lijun Kang e la sua équipe invece hanno preferito concentrarsi su medici e personale infermieristico operanti solo a Wuhan, lanciando una *web survey* dal 29 gennaio al 4 febbraio 2020 [Kang *et al.* 2020: 12]. Il questionario somministrato era composto da ben 6 sezioni, fra le quali naturalmente una sul «mental health assessment», consistente nelle medesime 4 batterie utilizzate da Lai *et al.*: dunque anche in questo caso il PTSD non era l'oggetto specifico della rilevazione [ibidem]. Ad essa hanno risposto 994 persone, delle quali 850 erano donne (85,5%) e 811 infermiere/i (81,6%); 174 rispondenti (il 17,5%) avevano inoltre partecipato a gruppi di *counseling* psicologico [ivi: 13]. Utilizzando le risposte fornite alle domande della suddetta sezione, gli autori hanno suddiviso il campione in 4 *cluster* in base ad un livello crescente di disturbi mentali: sotto la soglia (36%); disturbi lievi (34,4%); disturbi moderati (22,4%); disturbi gravi (6,2%) [ibidem]. Tuttavia, «there were no significant differences in demographic data among the four groups», mentre una positiva relazione con l'appartenenza ai gruppi più problematici è stata riscontrata nella maggiore o minore esposizione a persone infette; negativa, è stata invece la relazione con il maggiore o minore accesso a forme di assistenza psicologica [ibidem]. Dunque, comprensibilmente, gli appartenenti ai due *cluster* più colpiti da disturbi psicologici hanno espresso il bisogno di assistenza diretta da parte di psichiatri e psicoterapeuti [ivi: 14]. Di conseguenza, nelle conclusioni gli autori sottolineano la limitata disponibilità di questo genere di servizi di supporto, ed auspicano a loro volta «a greater investment in the mental health tools in society's medical arsenal [...]» [ivi: 16].

Dopo la Cina, anche negli altri paesi naturalmente la comunità scientifica si è attivata per studiare le ricadute fisiche e psicologiche (e, in certa misura, sociali) della pandemia sugli operatori sanitari. Uno dei primi lavori degni di nota è il breve articolo di Tait Shanafelt, Jonathan Ripp e Mickey Trockel, pubblicato il 7 aprile 2020 e basato su «Eight listening sessions with groups of physicians, nurses, advanced practice clinicians, residents, and fellows (involving a total of 69 individuals) held during the first week of the COVID-19 pandemic» [Shanafelt *et al.* 2020: 2133]. Le risultanze di questi colloqui sono state sintetizzate incisivamente in 5 richieste rivolte dagli operatori alla struttura di appartenenza: ascolto, protezione, preparazione, sostegno e «vicinanza», unite alla necessità di un gruppo dirigente visibile e fisicamente presente nei reparti [ibidem]. Anche gli studiosi italiani hanno preso parte

tempestivamente a questo *trend* svolgendo una nutrita serie di ricerche empiriche: in questa sede si ritiene dunque opportuno menzionare ed illustrare sinteticamente i lavori basati su un approccio quantitativo.

2.2. I primi studi sugli operatori sanitari italiani

Il primo studio in assoluto sugli operatori sanitari italiani risulta essere quello di Serena Barello, Lorenzo Palamenghi e Guendalina Graffigna dell'Università Cattolica di Milano, condotto «in the early outbreak» [Barello *et al.* 2020a: 3] e disponibile online già dal 27 maggio 2020 sotto forma di una sintetica pubblicazione. Gli autori hanno infatti effettuato una *web survey* su un campione di convenienza di 1.153 operatori sanitari professionisti italiani: 376 di essi hanno dichiarato di aver assistito direttamente dei pazienti Covid, e di conseguenza costoro (per il 73,7% donne, per il 72,1% personale infermieristico) sono stati selezionati per l'elaborazione dei dati [ivi: 1-2]. La struttura del questionario somministrato non è stata descritta in dettaglio, ma comprendeva il Maslach Burnout Inventory (MBI) ed altri item specifici per valutare i sintomi psicosomatici [ibidem].

Le risultanze si sono dimostrate allarmanti: fra le tre sotto-scale del MBI, l'esaurimento emotivo è apparso alto in oltre un terzo dei rispondenti e la depersonalizzazione in un quarto, mentre circa il 15% aveva un livello basso di gratificazione personale; d'altro canto quasi la metà del campione ha sperimentato anche problemi fisici, «In particular, increased irritability, change in food habits, difficulty falling asleep and muscle tension [...]» [ibidem]. Le analisi bivariate hanno quindi mostrato una relazione fra i livelli più alti di *burnout* e la maggiore incidenza di tali sintomi somatici nei soggetti, ma anche e soprattutto una corrispondenza della patologia con il genere ed il ruolo ricoperto: in altre parole, le donne ed il personale infermieristico hanno manifestato questi sintomi più frequentemente degli uomini e del personale medico, ed inoltre sulle donne ha avuto una maggiore incidenza l'esaurimento emotivo [ivi: 3].

Un successivo ed ancor più conciso articolo dei medesimi autori ha illustrato un'altra risulanza di tale *survey*: questi sintomi sono stati riscontrati in misura maggiore anche nei soggetti che hanno totalizzato un punteggio più alto nella cosiddetta *perspective taking ability*, ossia la capacità di assumere il punto di vista altrui, una dimensione dell'empatia. Ciò significa, a giudizio degli autori, che la “carica” empatica degli operatori sanitari può avere effetti sia positivi sia negativi sul loro equilibrio psicofisico, come già osservato nel capitolo precedente e come questo stesso studio conferma ulteriormente [Barello *et al.* 2020b: 2200].

Il secondo studio in ordine cronologico risulta essere stato effettuato invece dal *team* di Rodolfo Rossi, in quanto pubblicato il 28 maggio 2020. Gli

autori, tutti accademici di “area” medica delle Università di Tor Vergata e dell’Aquila, hanno infatti lanciato una *survey* basata su un questionario *online* fra il 27 ed il 31 marzo 2020, adottando un campionamento “a valanga” tramite i *social network* [Rossi *et al.* 2020: 1]. Il questionario comprendeva le versioni italiane dei già menzionati PSS, PHQ-9, GAD-7 ed ISI, nonché del Global Psychotrauma Screen (GPS) [ibidem]. I rispondenti sono stati ben 1.379, suddivisi fra infermiere/i (34,23%), dottori (31,4%), medici di base (6,24%), altre figure come tecnici e fisioterapisti (19,94%) ed assistenti amministrativi (8,12%), nella stragrande maggioranza donne (1.064, cioè il 77,2%) e residenti in tutto il Paese, ma con una relativa maggioranza al Nord (667) [ivi: 2]. È stato quindi riscontrato che «A total of 681 respondents (49.38%) endorsed PTSS [sintomi da stress post-traumatico]; 341 (24.73%), symptoms of depression; 273 (19.80%), symptoms of anxiety; 114 (8.27%), insomnia; and 302 (21.90%), high perceived stress» [ivi: 1-3]. Inoltre, come in Cina, sussiste una relazione fra la giovane età ed il sesso femminile, a livello sociodemografico, e tutti i disturbi menzionati, a livello sintomatologico, eccetto l’insonnia [ivi: 3]. Altri fattori associati a queste patologie sono risultati, prevedibilmente: l’essere un operatore *frontline* o un medico di base (associato ai PTSS); l’aver avuto un collega in quarantena, ospedalizzato o perfino deceduto (fattori associati ai PTSS, ai sintomi della depressione ed al forte stress percepito, oppure all’insonnia nell’ultimo caso); l’essere esposti al contagio (associato alla depressione); l’essere infermiere/e o assistente (associato alla forte insonnia) [ibidem].

2.3. Un focus sul personale volontario: i lavori di Vagni *et al.*

Fra l’estate e l’autunno del 2020 sono stati pubblicati diversi altri lavori, tutti realizzati da psicologi e basati anch’essi sulla tecnica della *web survey*.

In primo luogo occorre menzionare le quattro rilevazioni effettuate da Monia Vagni e dai suoi colleghi del Dipartimento di Studi Umanistici dell’Università di Urbino. La loro particolarità principale è che sono gli unici, a conoscenza di chi scrive, focalizzati anche su *personale volontario* appartenente ad ETS. Per esempio, il primo in ordine cronologico ha avuto come oggetto un campione nazionale di 236 persone, fra le quali 140 operatori sanitari (64 dottori e 55 infermiere ed infermieri) e 96 operatori di emergenza (51 operatori d’ambulanza, gli altri pompieri, poliziotti e volontari della Protezione Civile) [Vagni *et al.* 2020a: 5]. Il criterio di campionamento non è stato esplicitato (così come il periodo esatto di svolgimento), ma con ogni evidenza si è trattato di un campionamento di convenienza. L’obiettivo dello studio è consistito nell’identificazione e nella misurazione della *hardiness* («defined as a personality trait that features three closely related tendencies: challenge, commitment and control» [ivi: 3]), e del suo ruolo nel

contrasto ai fattori di stress generati dalla pandemia, che potrebbero sviluppare un trauma vicario [ivi: 4]. Il questionario consisteva quindi, principalmente, delle versioni italiane della Secondary Traumatic Stress Scale (STSS-I), della Dispositional Resilience Scale-15 (DRS-15), ossia una batteria di 15 item concepita appositamente per misurare la *hardiness*, e dell'Emergency Stress Questionnaire (ESQ), uno strumento di 33 item creato dagli autori stessi per misurare i 6 tipi di stress generati dalla pandemia (organizzativo-relazionale, fisico, decisionale, emozionale, cognitivo e da Covid-19) [ivi: 6].

I rispondenti, 97 uomini e 139 donne, hanno illustrato situazioni nelle quali il genere si è ovviamente incrociato con la mansione e con l'eventuale contatto con pazienti Covid. Ad esempio, le donne hanno mostrato sempre un maggiore stress fisico percepito rispetto agli uomini [ivi: 7], ed il personale infermieristico ha totalizzato valori di stress generalmente più alti rispetto al personale medico; d'altro canto, non sono emerse differenze di genere fra i rispondenti privi di contatti diretti con pazienti Covid, né relativamente ai livelli di resilienza e di «secondary trauma capacities», ed inoltre il contatto con pazienti Covid non ha comportato differenze interne al gruppo degli operatori d'emergenza [ivi: 8]. Più in generale è emerso che «Healthcare workers, however, showed higher levels of Organizational-Relational, Physical, Emotional and Cognitive stress than emergency workers» [ivi: 9]. Gli autori ipotizzano varie spiegazioni in proposito: l'impatto particolarmente dannoso e disorganizzante della pandemia sulle strutture ospedaliere, con la conseguenza di una maggior incertezza percepita dagli operatori sanitari rispetto al personale d'emergenza; la maggiore consapevolezza di rischiare il contagio; la maggiore continuità nell'assistenza prestata ai pazienti, anche a livello di supporto emotivo [ivi: 9-10].

Con riferimento alla *hardiness*, invece, è emersa una sua relazione significativa e negativa sia con le varie forme di stress, sia in parte anche rispetto al trauma secondario [ivi: 10]. Più precisamente, i valori totalizzati nella batteria di item corrispondente alla componente del *commitment* sono risultati avere una correlazione negativa rispetto allo stress, ma un effetto predittivo e positivo su *arousal* e *intrusion*, al contrario dei valori relativi al *control* che sono «negatively associated with PTSD», mentre quelli della *challenge* non hanno rivelato alcuna predittività [ivi: 11]. Quindi, in definitiva, dallo studio emerge un effetto rilevante dello stress sul trauma secondario; al contrario, per le componenti della *hardiness* sono state riscontrate basse correlazioni e bassa incidenza [ivi: 12].

La seconda rilevazione era invece finalizzata all'identificazione ed alla valutazione dell'effetto delle *coping strategies*, ossia «a series of cognitive and behavioral efforts to manage specific internal or external issues that test or exceed individual resources» [Vagni *et al.* 2020b: 3]. I soggetti sono stati scelti «on a voluntary basis through a transversal sampling», nuovamente su scala nazionale ed accogliendo sia operatori sanitari in senso stretto sia

operatori d'emergenza: fra i rispondenti, i primi sono stati 121 (57 dottori e 47 infermieri) ed i secondi 89, mentre, relativamente al genere, le donne sono state più numerose degli uomini (120 contro 90) [ivi: 5]. Il questionario, somministrato durante il lockdown, comprendeva nuovamente la STSS-I e l'ESQ, ma anche una batteria a 7 item con risposte dicotomiche su una serie di fattori determinanti dello stress (in particolare le istruzioni e l'equipaggiamento ricevuti), e soprattutto la Coping Self-Efficacy Scale-Short Form (CESE-SF), uno strumento a 13 item per misurare i tre tipi di *coping strategies*, ossia *problem-focused coping*, *stop unpleasant emotions and thoughts*, e *support* [ivi: 5-6].

È degno di nota che, come nella precedente rilevazione, siano emerse differenze di rilievo fra i due gruppi in merito a stress ed *arousal*, in quanto «The results indicate higher levels of both for the Health Group [...]» [ivi: 6]: gli autori formulano quindi le stesse possibili spiegazioni [ivi: 9]. Anche i valori relativi allo stress fisico ed emotivo risultano più alti fra le donne che fra gli uomini, come di consueto [ibidem], mentre la dimensione fisica dello stress sembra l'unica in cui i due gruppi di operatori sono allineati [ivi: 9]. Per quanto riguarda invece le *coping strategies*, non sono state rilevate differenze di genere; gli operatori d'emergenza sembrano utilizzare maggiormente la strategia *stop unpleasant emotions and thoughts*, ma in entrambi i gruppi essa sembra avere «similar correlations» con i fattori di stress, esercitando un forte effetto su tutte le tipologie, eccetto lo stress fisico [ivi: 7]. Di conseguenza, i risultati dell'indagine evidenziano un impatto efficacemente inibitorio di tale strategia sia sui livelli di stress sia sulle componenti del trauma secondario, diversamente dalle altre due strategie, meno incisive [ivi: 9]. Sfortunatamente, la *stop unpleasant emotions and thoughts* è la meno utilizzata dagli operatori sanitari.

La terza rilevazione è stata invece focalizzata esclusivamente sul personale d'emergenza di un ETS, e precisamente della Croce Rossa Italiana (CRI): anche se gli autori sembrano in qualche modo confonderla con la stessa ANPAS [Vagni *et al.* 2020c: 1], in base alle conoscenze di chi scrive questo risulta essere l'unico caso di una pubblicazione scientifica italiana dedicata unicamente a personale volontario, ad esclusione del presente volume⁵. L'obiettivo, riprendendo i due lavori precedenti, è consistito nello studio degli effetti combinati della *hardiness* e delle *coping strategies* su questa particolare categoria di operatori [ivi: 6]. Un questionario digitale è stato quindi somministrato subito dopo la fine del *lockdown* a 513 volontari del solo Comitato Regionale CRI del Veneto (286 donne e 220 uomini), i quali hanno dichiarato di aver svolto, nel periodo pandemico, lavoro volontario

⁵ Vi è un'eccezione: un recente articolo di Rita Roncone ed un nutrito gruppo di coautori, focalizzato sui volontari della Protezione Civile de L'Aquila, ma con appena 38 rispondenti su 331 soggetti contattati non si tratta di uno studio particolarmente significativo [Roncone *et al.* 2021: 4, 6].

per una media di 13,49 ore settimanali [ivi: 7]. Il questionario consisteva essenzialmente delle sezioni di entrambi i precedenti [ivi: 8]. Le risultanze hanno evidenziato ancora una volta, per le donne, livelli più alti di stress fisico ed emotivo, nonché di *arousal*, *avoidance* ed *intrusion*, laddove le ore di lavoro settimanali non sono risultate avere incidenza significativa [ivi: 10]. Al contrario, «all stress subscales presented significant positive correlations with secondary trauma, while coping and hardiness strategies presented significant negative correlations» [ibidem]. Ulteriori analisi multivariate hanno inoltre mostrato che la *hardiness* e le *coping strategies* hanno avuto effettivamente un ruolo di mediazione fra lo stress accumulato dai soggetti ed i sintomi di trauma secondario [ivi: 15].

In sintesi, tali risultanze mostrano come anche i volontari CRI impegnati nelle emergenze rischiano di sviluppare «important stress reactions that are associated with and related to manifestations of secondary traumatization» [ibidem]. Ciò vale a prescindere dall'ammontare di ore di volontariato svolte, probabilmente perché, secondo gli autori, questi soggetti esperti e preparati potrebbero essere stati segnati a livello psicologico dall'alto numero di pazienti deceduti, che avrebbe generato in loro una sensazione di impotenza [ibidem]. Il genere femminile, come osservato, risulta associato a livelli maggiori di stress e trauma secondario, laddove invece la maggiore età sembra avere un ruolo protettivo, soprattutto unitamente alle *coping strategies*; al contrario, l'assenza di DPI è collegata ad un maggiore stress, ma non ai sintomi di trauma secondario [ivi: 16]. In ogni caso, il rischio di sviluppare una grave condizione post-traumatica sembra limitato dall'azione combinata di *hardiness* e *coping strategies* [ivi: 17]: l'effetto protettivo sugli operatori CRI nasce dunque dall'associazione fra questi due fattori psicologici, ossia dalla loro sinergia [ivi: 19].

Infine, il medesimo questionario comprensivo di tutte le batterie summenzionate è stato impiegato dalle stesse autrici per una quarta ed ultima rilevazione, di ambito nuovamente nazionale: i partecipanti sono stati ulteriormente selezionati su base volontaria ed erano sia operatori sanitari (140) sia d'emergenza (100), con una netta prevalenza delle donne (141 contro 99) [Maiorano *et al.* 2020: 5]. Le risultanze sono state in linea con quelle dei primi due studi precedenti: infatti, sebbene «physicians, nurses, and rescuers were exposed to similar levels of organizational, cognitive, social, and emotional stress», ancora una volta sono stati medici ed infermieri a totalizzare i livelli di stress più alti [ivi: 9]. In ogni caso il fattore maggiormente incisivo sui soggetti del campione sembra essere stato l'assistenza prestata direttamente ai pazienti Covid: come di consueto, le donne risultano averne derivato un maggior aumento di stress rispetto agli uomini, e le persone più giovani rispetto a quelle più mature [ibidem]. Una risulanza in linea invece con quelle dello studio sui volontari CRI è stata il fatto che «Hardiness and stop unpleasant emotions and thoughts presented a negative predictivity with

respect to stress and secondary trauma [...]» [ibidem]. In proposito però le autrici sottolineano come, in questo caso, gli effetti di mediazione risultino più contenuti, ed ipotizzano che ciò possa essere dovuto al fatto che la precedente rilevazione era appunto rivolta solo ad operatori d'emergenza, i quali inoltre avevano compilato il questionario dopo la fine del *lockdown*, mentre l'attuale rilevazione, sebbene pubblicata circa un mese dopo, si era svolta durante il *lockdown* stesso ed aveva coinvolto anche operatori sanitari [ivi: 10].

2.4. Di nuovo il personale ospedaliero: ambito locale, nazionale, internazionale

Gli altri studi pubblicati nel 2020 si sono nuovamente concentrati sul personale ospedaliero, ma con grandi differenze nella portata geografica delle rilevazioni condotte. Ad esempio un *team* dell'Università di Torino ha lanciato la sua *survey* fra il 19 marzo ed il 5 aprile 2020, adottando il solo Piemonte come ambito geografico ed un criterio di campionamento in parte “di convenienza” ed in parte “a valanga”, e pubblicando il relativo studio in luglio [Di Tella *et al.* 2020: 2]. Il questionario comprendeva in questo caso le Visual Analogue Scales (VAS), lo State-Trait Anxiety Inventory-Form Y1 (STAI Y1), il Beck Depression Inventory (BDI-II) e la PTSD Checklist basata sul DSM-5 (PCL-5) [ibidem]. I rispondenti sono stati 145, quasi ugualmente distribuiti fra medici (72) ed infermiere/i (73), ma nella stragrande maggioranza donne (105, ossia il 72,4%), e “solo” una robusta minoranza di loro lavorava in reparti Covid (63, ossia il 43,4%) [ibidem]. I risultati più rilevanti sono stati che gli operatori impegnati nei reparti Covid erano mediamente più giovani e con maggior probabilità single, e che (prevedibilmente) riportavano punteggi più alti per i sintomi depressivi e da stress post-traumatico rispetto ai loro colleghi operanti in reparti “normali” [ivi: 2-3]. Inoltre, incrociando tali sintomi con i dati sociodemografici, è stato riscontrato che «Possible predisposing factors for the mental health symptoms observed in healthcare professionals working in COVID-19 wards were found to be being female and not in a relationship for depressive symptoms and being female and older for PTSS» [ivi: 4]. Gli autori hanno quindi invocato, come i loro colleghi cinesi, un'attenzione ed un supporto particolari da parte delle organizzazioni per le quali i soggetti studiati lavoravano, e più in generale da parte delle istituzioni, come ad esempio «cognitive behaviour therapy and mindfulness therapy» [ivi: 5].

In ottobre ha quindi visto la luce un lavoro di autori appartenenti all'Università di Milano ed agli IRCCS “Maugeri” e “Centro Cardiologico Monzino”. Questi due ospedali sono stati appunto l'ambito nel quale, durante tutto il precedente mese di aprile, è stata svolta la rilevazione [Gorini *et al.*

2020: 538]. Il questionario *online* comprendeva il PHQ-4 (strumento costituito dai primi due item del PHQ-9 e dai primi del GAD-7) ed il collaudato IES-R [ibidem]. I questionari raccolti sono stati 770, ma solo 650 sono stati giudicati completati ed accettati: di questi rispondenti, 439 erano donne (il 67,5%), mentre le mansioni erano distribuite fra 177 medici, 214 infermiere ed infermieri, 217 operatori con altri ruoli (dagli psicologi ai dietisti) e 42 amministrativi [ibidem]. In generale tutti questi operatori hanno mostrato una percezione del rischio di essere contagiati più alta per se stessi che per i propri famigliari, e viceversa una paura maggiore per questi ultimi [ivi: 542], anche se fra il personale infermieristico sono stati riscontrati livelli maggiori di entrambi i fattori [ivi: 543]. Più in dettaglio, «29.6%, 22.8%, and 44.9% of all participants reported symptoms of moderate to severe anxiety, depression, and distress respectively, indicating a significant incidence of psychological symptoms in the responders' sample»; inoltre, come di consueto, essere donna ed appartenere al personale infermieristico si sono dimostrati fattori di rischio rilevanti per lo sviluppo di sintomi più gravi, ma è stato anche rilevato l'impatto negativo dell'uso prolungato dei dispositivi di protezione individuale [ibidem]. Altre relazioni sono state riscontrate, prevedibilmente, fra la suddetta paura di essere infettati e tutte le varie forme di malessere psicologico, nonché, più specificamente, fra la durata dell'impatto del Covid-19 e l'ansia, e fra l'attività con pazienti Covid ed i sintomi degli *intrusive thoughts* e dell'*hyperarousal* [ibidem]. La conclusione è stata perciò ancor più "politica", con un appello diretto non solo ai professionisti della salute mentale per la necessaria assistenza, ma anche e soprattutto alla classe dirigente italiana, affinché gli operatori sanitari vengano maggiormente tutelati e protetti da «unacceptable conditions such as shortages in critical protective equipment or inadequate economic treatments [...]» [ibidem].

Barello, Palamenghi e Graffigna, con altri studiosi, sono stati invece autori di una nuova indagine, anch'essa svolta nell'aprile del 2020 ma su scala nazionale. Le risultanze sono state appunto pubblicate in parte in ottobre [Barello *et al.* 2020c], ed in parte l'anno successivo [Barello *et al.* 2021; Brera *et al.* 2021]. Più in dettaglio, fra il 4 ed il 27 aprile a 744 operatori sanitari (campione statisticamente non rappresentativo) è stato somministrato un *web questionnaire* basato nuovamente sul MBI, ma comprensivo anche di «a series of questions regarding the perceived job demands and resources (in particular: professional risks, emotional demands, uncertainty, work-family balance, and meaning of work)» [Barello *et al.* 2020c: 2]. I rispondenti sono stati 532, per due terzi donne, con un'età media di 41 anni e, nel 58,6% dei casi, sposati; inoltre il 69,9% di essi lavorava in un ospedale ed il 61,5% era costituito da personale infermieristico [ivi: 3]. Come nella precedente rilevazione, il livello di *burnout* misurato si è rivelato pericolosamente alto: «41% showed high levels of Emotional Exhaustion, and 27% high levels of Depersonalization, while only 57% were really gaining high

levels of gratification from their own work» [ivi: 2]. Inoltre, ancora una volta, è emersa una correlazione positiva fra tali livelli di *burnout* (in particolare l'esaurimento emotivo) e valori alti in altri ambiti, quali la percezione di rischio professionale, l'incertezza della situazione clinica ed i sintomi psicosomatici, mentre, logicamente, si è riscontrata una correlazione negativa con la capacità di percepire il significato del proprio lavoro e di essere ispirati [ivi: 2]. In proposito gli autori sottolineano l'importanza di questa capacità degli individui, in quanto funge da fattore protettivo rispetto al *burnout*, ma sottolineano la necessità di rafforzarla con un sostegno concreto da parte delle istituzioni per cui essi operano [ivi: 4].

I due articoli successivi hanno invece illustrato altre risultanze emerse dalla medesima rilevazione, ossia da ulteriori sezioni del questionario. In una di esse era stato infatti sperimentato, con item specifici, il Job Demands – Resources (JD-R) Model, cioè uno dei «various psychological models that explain how stressful situations impact on job performances» [Barello *et al.* 2021: 1752]. L'analisi bivariata dei dati ha quindi evidenziato l'assenza di correlazioni di rilievo delle caratteristiche socio-demografiche e professionali con l'esaurimento emotivo; quest'ultimo al contrario correla in senso negativo con i fattori teoricamente protettivi [ivi: 1756]. Analogamente, è stata identificata una correlazione negativa fra gli item scelti come *job resources* e le componenti del *burnout*, e viceversa una positiva fra quelli scelti come *job demands* e tali componenti [ibidem]. Infine, si è riscontrato che l'«orientation towards patient engagement», anch'esso identificato da specifici item, interagisce con gli altri fattori, mitigando ad esempio le componenti del *burnout* e, viceversa, rafforzando i fattori protettivi dei soggetti studiati [ibidem]. Quindi, in definitiva, gli autori concludono che «the exposure to job demands leads to feelings of emotional exhaustion, while workplace and personal resources act as a protective factor», così come risulta essere un elemento positivo e protettivo l'«orientation towards patient engagement» [ivi: 1757].

Il terzo articolo ha infine preso in considerazione l'eventuale ruolo del genere nel determinare il *burnout* [Brera *et al.* 2021]. I medesimi item sopra menzionati sono stati quindi incrociati con tale dato sociodemografico, ed è emerso che «In the job demands scale, female HCWs had significantly higher mean scores for emotional demands [...], uncertainty [...], and job demands total mean scores [...]. No differences were detected in the mean scores of job resources» [ivi: 312]. Non è stata rilevata alcuna differenza di genere nemmeno in relazione all'«orientation towards patient engagement», né fra i tassi complessivi di *burnout*, ma lo specifico punteggio medio dell'esaurimento emotivo è risultato più alto per le donne (implicitamente rettificando quanto asserito nella precedente pubblicazione), mentre quello della depersonalizzazione lo era per gli uomini [ibidem]. Anche i fattori determinanti di questi sintomi del *burnout* sono risultati nettamente differenti:

per i maschi la *compassionate care* (una dimensione dell'empatia, anch'essa misurata) e la resilienza si sono rivelati fattori di rischio, mentre per le femmine hanno inciso l'essere un'infermiera ed il considerare le relazioni con i degenti come un valore [ivi: 315]. In definitiva, osservano gli autori, l'empatia si è rivelata uno "strumento" efficace ma delicato per gli operatori sanitari che ne sono dotati, in quanto le sue componenti possono contribuire a proteggere dal *burnout* oppure determinarlo [ivi: 16], come già osservato più volte in precedenza.

In tempi più recenti, Graziella Orrù ed altri studiosi afferenti in maggioranza all'Università di Pisa hanno pubblicato una ricerca basata su una *web survey* somministrata a lavoratori del settore sanitario, con la collaborazione della European Respiratory Society, fra il 1° maggio ed il 15 giugno 2020: ad essa hanno risposto 185 *healthcare worker* da 45 Paesi (non elencati) di 5 continenti [Orrù *et al.* 2021: 2-3]. Il questionario è stato composto utilizzando la consueta PSS, ma anche la STSS, il Maslach Burnout Inventory Human Service Survey (MBI-HSS), la 14-Item Resilience Scale (RS-14) e la General Self-Efficacy Scale (GSE) [ivi: 3-4]. Fra i rispondenti, in questa ricerca gli uomini costituivano una robusta minoranza (90 su 184) ed i medici la maggioranza assoluta (138, il 75%), ma soprattutto ben 118 erano operatori *frontline* (il 64,1%) [ivi: 4]. Fra le risultanze principali, dal punto di vista fisico si è rilevato che 10 rispondenti (il 5,6%) sono stati infettati, e ben 57 (il 31%) hanno avuto familiari contagiati [ibidem]. In merito invece alle conseguenze psicologiche, si è riscontrato che «A considerable proportion of HCWs had symptoms of secondary traumatic stress (STSS \geq 38, moderate to severe symptoms, 41.3%), emotional exhaustion (MBI-EE \geq 17, moderate to high, 56.0%), and depersonalization (MBI-D \geq 7, moderate to high, 48.9%)» [ibidem].

Più in dettaglio, i sintomi da Stress Traumatico Secondario (STS), ossia lo stress derivante dall'aiuto prestato a persone a loro volta traumatizzate o sofferenti, sono risultati più forti fra gli operatori *frontline*, rispetto ai colleghi impiegati in altri ambiti [ivi: 6], e naturalmente anche fra coloro che hanno assistito alla morte dei pazienti [ivi: 9]. Maggiormente esposte ad alcuni di questi sintomi sono state inoltre (ancora una volta) le donne [ivi: 4] e le persone senza figli [ibidem], nonché le persone con amici e familiari malati [ivi: 5]. Sono stati anche rilevati sintomi di *burnout* professionale, ma senza particolari differenze interne al campione, né rispetto alla loro incidenza in studi condotti precedentemente alla pandemia, e ciò suggerirebbe che il *burnout* non sia particolarmente connesso allo scoppio della pandemia [ivi: 10]. Infine, gli autori hanno sottolineato un'altra risulanza piuttosto allarmante, ossia che «In frontline HCWs [...] No significant protective factors were found. Considering these findings, we reasonably hypothesize that the observed high level of STS is consistent with the actual outbreak and therefore its potential long-term consequences should be considered» [ibidem].

In relazione al 2021 si possono tuttavia menzionare altre importanti pubblicazioni riferite esclusivamente all'Italia. La prima illustra i risultati di una ricerca svolta da Valentina Simonetti ed un nutrito *team* di colleghi, quasi tutti infermieri professionali nonché accademici. Infatti tale indagine è stata focalizzata sul personale infermieristico, allo scopo di valutarne i livelli di ansia, disturbi del sonno e fiducia in sé stessi, oltre naturalmente alla ricerca di fattori sociodemografici ed occupazionali connessi a tali livelli. Sono stati quindi coinvolti nella rilevazione 42 ospedali italiani (di differenti *status* giuridici), ossia due per Regione: su di essi, considerando una popolazione di almeno 5.000 persone, è stato effettuato un campionamento di convenienza che ha portato, fra febbraio ed aprile 2020, alla somministrazione di 1.200 questionari da parte di un gruppo di lavoro adeguatamente preparato [Simonetti *et al.* 2021: 1362-1363]. Lo strumento somministrato comprendeva il Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), composto da 19 item, il Self-Rating Anxiety Scale (SAS), da 20 item, ed il GSE, oltre naturalmente alla sezione sui dati sociodemografici e lavorativi [ibidem]. Il campione finale è costituito in 1.005 rispondenti, nella quasi totalità operanti in ospedali pubblici (81,89%), con almeno una laurea triennale (83,78%), per due terzi donne (65,97%), dall'età media di circa 40 anni ed in lieve prevalenza residenti nel Sud (38,81%) e nel Centro (37,11%) piuttosto che nel Nord Italia (24,08%) [ivi: 1363].

In sintesi i risultati hanno evidenziato alcune criticità, ma non una situazione totalmente compromessa: circa la metà dei rispondenti ha infatti manifestato bassi livelli di fiducia, e soprattutto il 75% del personale infermieristico ha indicato problemi di sonno, ma d'altro canto quasi i due terzi del campione avevano livelli di ansia bassi [ibidem]. I punteggi del PSQI e del SAS sono risultati positivamente correlati, ossia ad una peggiore qualità del sonno era connessa una maggiore ansia, mentre, logicamente, la correlazione è stata negativa con i livelli di fiducia in sé stessi [ibidem]. Invece la più significativa risultanza connessa ai dati sociodemografici è stata che il genere femminile era associato con tutte le criticità indagate, ossia peggior qualità del sonno, maggiore ansia e minor fiducia nelle proprie capacità; al contrario «Older age, male gender, attending post-registration courses and a longer length of working experience were associated with higher levels of self-efficacy [...]» [ivi: 1364]. Inoltre, comprensibilmente, livelli di ansia più alti sono stati riscontrati nel personale operante in reparti ospedalieri generali e di emergenza, o nei servizi territoriali [ibidem]. Pertanto, come nelle precedenti pubblicazioni, gli autori concludono che «These findings highlighted the importance of designing interventions specifically targeted towards female nurses facing the COVID-19 pandemic in Italy, who were found to be suffering anxiety and sleep disorders» [ivi: 1368].

Ansia, depressione e stress, e quindi in definitiva il *burnout*, sono stati infine riscontrati nuovamente nei medici lombardi da una recentissima

indagine, lanciata da ANAAO-ASSOMED in collaborazione con l'Università Milano-Bicocca e svolta fra novembre 2021 e marzo 2022. Chi scrive non ha trovato, al momento, pubblicazioni che illustrino in dettaglio tale iniziativa, ma solo un comunicato sul sito dell'associazione. Ciò nonostante, il suo contenuto è di per sé significativo:

L'indagine, svolta tramite la somministrazione di un questionario online a 958 medici lombardi, mostra come il 71,6% dei medici indagati sospetta di aver sofferto di burnout, mentre il 59,5% teme di poterne soffrire in futuro. Il rilievo psicometrico illustra inoltre come la prevalenza effettiva di una sintomatologia di rilievo clinico riconducibile al burnout sia pari a 18,5%, mentre quella riconducibile a disturbi dello spettro ansioso e depressivo è pari a 31,9% e 38,7%⁶.

Ancora una volta queste criticità sono maggiormente presenti fra le donne ed i giovani, ma più in generale l'87,4% dei rispondenti ha indicato un peggioramento nel benessere lavorativo a causa della quarta ondata, «nonostante il servizio in area COVID-19 non sia un fattore di per sé associabile a maggiori livelli di burnout, ansia o depressione. Ad impattare maggiormente sono invece le variabili soggettive percepite, quali la vicinanza di cari/colleghi aventi avuto gravi complicazioni legate all'infezione»⁷.

2.5. Gli studi trasversali ripetuti

Un contesto molto più circoscritto è stato invece l'ambito della ricerca condotta da Antonio Lasalvia e dai suoi colleghi: si è trattato infatti di uno studio effettuato esclusivamente sul personale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, e concepito per essere svolto dapprima nelle settimane dell'emergenza e poi reiterato dopo due mesi, e nuovamente dopo un anno, in maniera simile alla già menzionata ricerca di Antoinette M. Lee ad Hong Kong [Lasalvia *et al.* 2021a: 2].

La prima rilevazione è stata quindi effettuata tra il 21 aprile ed il 6 maggio 2020: il link ad un *web questionnaire* è stato diffuso tramite la newsletter dell'ospedale ed inviato via mail a tutto il personale [ibidem]. Il questionario comprendeva il consueto IES-R, il SAS, il PHQ-9 ed altre sezioni, focalizzate sullo stress lavorativo, sulla percezione del rischio e naturalmente sui dati sociodemografici [ivi: 2-3]. I rispondenti sono stati 2.195, ossia il 36,9% della popolazione totale di 5.942 persone: questo è stato il campione finale, senz'altro rappresentativo [ivi: 3]. Tre quarti dei soggetti sono risultati essere donne e la metà aveva un'età compresa fra i 36 ed i 55 anni, mentre solo il

⁶ <https://www.anaaolombardia.it/6528/> (ultimo accesso: 28.05.2022).

⁷ Ibidem.

25% all'incirca era costituito da operatori dei reparti Covid [ivi: 4]. In generale i risultati hanno rispecchiato la drammatica situazione di quelle settimane: ben l'86% dei rispondenti ha manifestato un maggiore stress, ed in crescita sono risultati anche i conflitti fra colleghi, il carico di lavoro ed i compiti aggiuntivi [ibidem]. Prevedibilmente, tali problematiche ed altre ancora sono state più acute per il personale infermieristico, e più in generale per i soggetti impegnati nei reparti di terapia intensiva e sub-intensiva dedicati a pazienti Covid.

Più in dettaglio, il 63,2% dei rispondenti ha subito eventi traumatici connessi alla pandemia, in particolare infermieri ed infermiere (74%) e personale dei suddetti reparti (89% e 90%) [ibidem]:

Among those who reported a COVID-related traumatic experience, 53.8% [...] showed clinically relevant symptoms of post-traumatic distress. Moreover, in the overall sample, 50.1% [...] reported symptoms of clinically significant anxiety and 26.6% [...] symptoms of at least moderate depression [ivi: 3-4].

Ancora una volta i livelli sono risultati più alti fra le donne, fra il personale infermieristico e fra le persone impegnate nei reparti Covid [ivi: 4]. In particolare, riecheggiando sia gli altri studi sia i lavori connessi alle precedenti epidemie e pandemie, gli autori sottolineano la particolare vulnerabilità del personale infermieristico, ed il conseguente bisogno di dedicare ad esso maggiore assistenza psicologica [ivi: 10]. Inoltre la salute psicologica di questo campione italiano viene direttamente rapportata a quella dei colleghi cinesi oggetto di indagine, ed il paragone non è favorevole: «The percentage of staff with symptoms of post-traumatic distress in our study (63%) is higher than that reported by two Chinese studies» [ibidem].

Una seconda pubblicazione degli stessi autori, quasi contemporanea alla prima e basata su altre componenti del medesimo questionario, ha invece indagato specificamente i livelli di *burnout* di questa popolazione ospedaliera, misurato mediante il Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) [Lasalvia *et al.* 2021b: 2]. Questa particolare sezione del questionario è stata tuttavia compilata solo da 1.961 soggetti del precedente campione di 2.195 (l'89,3%); peraltro, i soggetti non esposti ad eventi traumatici legati alla pandemia si sono mostrati più propensi a completare la compilazione [ivi: 3]. Nonostante tale limitazione, le risultanze sono state ugualmente significative, evidenziando l'esistenza di problematiche profonde: «half of the sample perceived more conflicts among colleagues, 59.6% reported that they had to do work they usually were not supposed to do and 65.3% had an increased workload» [ivi: 3-4]. I sintomi del *burnout* sono dunque risultati molto diffusi: il 38.3% dei rispondenti aveva un alto livello di esaurimento emotivo, il 46,5% aveva una bassa efficacia professionale ed il 26% un alto cinismo [ivi: 4]. Naturalmente, disaggregando i dati

per categorie lavorative, tali valori sono risultati ancor più alti fra gli operatori impegnati nei reparti intensivi e subintensivi per pazienti malati di Covid, fra gli specializzandi («residents of the medical specialty schools») e fra il personale infermieristico, nonché, più in generale, fra le persone maggiormente stressate, più a rischio di contagio e quelle oggetto di marginalizzazione per via della loro professione [ibidem]. In rapporto ai dati sociodemografici, invece, il genere femminile è risultato particolarmente collegato solo ad un sintomo di *burnout*, e cioè l'esaurimento emotivo, così come il vivere soli [ivi: 9]. Tutte queste risultanze hanno portato gli autori a formulare un avvertimento strettamente connesso alla patologia del PTSD:

increased workplace stress resulting from COVID-related traumatic events, on the one hand, exacerbates baseline levels of burn-out and, on the other hand, when combined with underlying baseline burn-out may result in rising rates of post-traumatic stress disorders; thus, establishing and perpetuating a vicious cycle of chronic stress response [ivi: 10].

Per ridurre al massimo questi rischi, le consuete raccomandazioni formulate alla dirigenza dell'ospedale sono di aver cura dell'equipaggiamento e della formazione di tutto il personale, proteggendolo dal pericolo di contagio, ma anche supportandolo dal punto di vista del carico di lavoro e dell'assistenza psicologica e sociale [ibidem; Lasalvia *et al.* 2021a: 11].

Un anno dopo, Lasalvia e la sua équipe hanno effettuato una seconda rilevazione sulla stessa popolazione⁸. Nella pubblicazione che ne illustra i risultati è stata rimarcata l'originalità del lavoro in quanto l'impatto della pandemia a lungo termine è tuttora ignoto, ed i pochi studi longitudinali esistenti, proiettati su periodi più brevi, attualmente offrono risultati discordanti [Lasalvia *et al.* 2021c: 2]. Le uniche indagini che considerano un intervallo di un anno sono infatti due, una relativa a Singapore ed un'altra italiana: quest'ultima ha riscontrato alti livelli di stress occupazionale, ansia e depressione, nonché bassa soddisfazione e burnout [ibidem].

Premesso ciò, dal punto di vista metodologico occorre precisare che questa seconda rilevazione si è svolta anch'essa dopo circa un anno, ossia da metà aprile a metà maggio 2021, ed ancora una volta mediante un questionario con link diffuso tramite newsletter e spedito via e-mail a tutti gli

⁸ In proposito si deve notare che questa indagine, nella sua globalità, non si può definire "longitudinale" a rigor di termini, in quanto non è stata svolta su un preciso *panel*, come riconosciuto dagli stessi autori: «A third limitation is related to the study design. Although the group evaluated in the present study might have been composed of essentially the same subjects assessed during the first pandemic wave (as they were drawn from the same hospital population), the two-time point, cross-sectional design implies that we are unable to follow-up change in individual participants from the first assessment to the second. However, this was unavoidable since we needed to ensure absolute anonymity in the face of stigma and potential compensation lawsuits» [Lasalvia *et al.* 2021c: 18].

operatori dell'Azienda [ivi: 3]. Tuttavia in questo caso la percentuale di rispondenti è stata molto inferiore: soltanto 1.033, anche se le loro caratteristiche sociodemografiche rispecchiano quelle del precedente campione, eccetto il fatto che gli appartenenti ai reparti Covid sono risultati più rappresentati rispetto al totale (circa il 41%) [ivi: 4]. Il questionario naturalmente era composto dai consueti strumenti di valutazione: la IES-R, la SAS, il PHQ-9 ed il MBI-GS [ivi: 3-4]. In relazione a questi, è emerso anzitutto che durante l'anno trascorso 86 rispondenti hanno ricevuto cure per la loro salute mentale, e 59 di essi le stavano ancora ricevendo sotto forma di terapie psicologiche, psicofarmacologiche o combinate [ivi: 6]. In secondo luogo è risultato che 335 rispondenti hanno subito sul lavoro esperienze traumatiche connesse alla pandemia: di costoro, il 72,2% ha mostrato sintomi di PTSD, mentre il 55,7% di tutto il campione aveva tuttora sintomi di ansia, il 40,6% sintomi di depressione, e ben il 38,1% aveva punteggi tali nel MBI-GS da indicare una condizione di *burnout* [ibidem].

Ancora una volta, i valori sono risultati relativamente più alti fra le donne, il personale infermieristico e gli operatori impegnati nei reparti Covid [ivi: 7, 8]. La valutazione generale è che «Overall, the percentage of hospital workers scoring above the cut-off increased from 2020 to 2021 in all the outcome domains considered, except for post-traumatic distress, for which the percentage of those scoring above the cut-off remained substantially similar across the two assessment points» [ivi: 9]. Più in dettaglio la maggiore anzianità è risultata collegata ad un rischio più alto di manifestare sintomi di stress post-traumatico [ivi: 13], mentre il rischio di ansia e di depressione era più forte per donne e personale infermieristico [ivi: 13-14].

In conclusione, gli autori sottolineano il dato complessivo più rilevante emerso, ossia il deterioramento ulteriore della salute mentale della popolazione indagata ad un anno di distanza dalla prima *survey*, e soprattutto nonostante i miglioramenti nella conoscenza della malattia, nell'equipaggiamento e nella protezione del personale e nell'organizzazione delle istituzioni ospedaliere intercorsi durante tale periodo [ivi: 16]. Tutto ciò non sembra aver recato sollievo all'equilibrio psicologico degli operatori dell'ospedale scaligero. Risulta inoltre confermato che la categoria più a rischio di sviluppare ansia e depressione è il personale infermieristico. Anche in merito a ciò, gli autori sottolineano un dettaglio significativo: come osservato, soltanto l'8% dei rispondenti ha riferito di essersi sottoposto a terapie per la salute mentale, e cioè pochi più di quanti lo avevano fatto durante la prima rilevazione (il 6%), ma molti meno di quanti ne avrebbero bisogno [ibidem]. Dunque, evidentemente, è diffusa la riluttanza ad ammettere i problemi psicologici ed a chiedere aiuto per essi, un comportamento comune fra queste categorie professionali: di conseguenza, si sottolinea che «Strategies to reduce stigma and promote a culture of well-being among health care professionals are needed» [ibidem].

Lo studio italiano menzionato è stato svolto quasi contemporaneamente da un'altra équipe, guidata da Nicola Magnavita: si è trattato di un «repeated cross-sectional study» sugli operatori *frontline* del dipartimento di anesthesiologia dell'ospedale "Agostino Gemelli" di Roma [Magnavita *et al.* 2021a: 3]. La prima rilevazione si è svolta infatti fra il 27 aprile ed il 27 maggio 2020, mediante il coinvolgimento via email di tutti i 155 anestesisti del "Gemelli": al termine del mese previsto, i rispondenti sono risultati essere 90 (il 58,1), dei quali i tre quarti erano giovani sotto i 35 anni e più della metà donne [Magnavita *et al.* 2020: 3]. Il questionario è stato predisposto utilizzando gli spunti raccolti da un *focus group* svolto in precedenza (il che rende questa ricerca *mixed methods*) e non comprendeva fra le sue sezioni i tipici strumenti già menzionati, ma altri quali la batteria denominata Effort Related Imbalance (ERI) per lo stress occupazionale, la Colquitt Scale per la giustizia organizzativa e la Goldberg Anxiety and Depression Scale (GADS) [ivi: 4].

Le risposte hanno evidenziato nel 63,3% dei casi una crescita, anche sostenuta, del carico di lavoro, nonché l'incombenza di informare i parenti di un paziente del suo decesso (48,9%): per queste ed altre cause, il 71,1% dei rispondenti è risultato avere un alto «work-related stress», il 36,7 era sofferente di insonnia, il 27,8% di ansia ed il 51,1% di depressione [ivi: 5]. Il genere e l'età sono risultati collegati ad alcune differenze, ma in maniera meno significativa rispetto ad altri studi:

Female anesthesiologists reported higher effort, lower reward and justice, lower sleep quality, and higher anxiety and depression scores than their male colleagues; however, the disparity failed to reach statistical significance. Similarly, younger workers reported non-significant higher stress levels, lower justice perception, and a higher prevalence of anxiety and depression [ibidem].

Al contrario, una relazione significativa è stata riscontrata tra lo stress e l'esposizione ai casi confermati di pazienti Covid, nonché la percezione di una scarsa giustizia organizzativa, così come fra gli sforzi compiuti ed i livelli di ansia e depressione [ivi: 5-6]. In conclusione, gli anestesisti del "Gemelli" hanno manifestato livelli non trascurabili di ansia, depressione e problemi del sonno: «Effort, i.e., occupational psychophysical commitment, was the major predictor of these problems» [ivi: 7]. Gli autori attribuiscono alla pandemia queste criticità, in quanto una loro rilevazione di poco precedente, compiuta su personale non esposto senza protezione a pazienti Covid, aveva riportato valori molto inferiori [ibidem]. Precisando quindi che 21 rispondenti hanno indicato almeno un episodio di esposizione senza protezione [ivi: 8], essi ribadiscono che le differenze di genere e di età hanno un peso, per quanto non statisticamente significativo, mentre lo sforzo lavorativo compiuto risulta essere un fattore rilevante, e dunque sottolineano l'utilità di misure di riorganizzazione del servizio [ivi: 9].

La seconda rilevazione si è svolta invece fra il 14 dicembre 2020 ed il 5 gennaio 2021, ed ha coinvolto 205 persone della medesima categoria: i rispondenti sono stati 152, dei quali il 70,4% era sotto i 35 anni ed il 61,2% di genere femminile, mentre 87 (il 57,2%) avevano partecipato alla *survey* precedente [Magnavita *et al.* 2021a: 3]. È peraltro significativo di per sé il fatto che molti fra i rispondenti alla prima *survey* avevano nel frattempo lasciato il lavoro [ibidem]. Il questionario è stato elaborato considerando la precedente rilevazione ed ulteriori spunti emersi da un secondo *focus group* [ivi: 4-5]. Le risposte hanno evidenziato l'accrescimento del carico di lavoro e della *compassion fatigue*, causata dalla necessità di informare le famiglie del decesso dei pazienti, nonché il peso dell'isolamento e la percezione di un minor consenso sociale, almeno rispetto alla prima ondata [ivi: 5]. Inoltre sono risultati alti i punteggi di insonnia, ansia e depressione:

According to the diagnostic criteria of the questionnaire, 45 workers (31.3%) were likely to suffer from clinically relevant anxiety syndrome and 90 (62.5%) from depression. Compared to the first wave, there was a slight but not significant increase in mean anxiety scores, whereas the increase in the mean score and number of cases for depression was very significant [ivi: 7].

La crescita dei casi e dei livelli di depressione è stata quindi l'esito di maggior rilievo, e gli autori la riconducono con certezza, ancora una volta, allo sforzo richiesto ed alle condizioni di lavoro durante la pandemia, invocando «a continuous effort» per garantire la salute mentale degli operatori di tutti i maggiori ospedali [ivi: 10].

La terza ed ultima rilevazione si è svolta fra aprile e maggio 2021, ad un anno dalla prima, e ovviamente ha riguardato la stessa popolazione, scesa in quel momento a 198 persone: i rispondenti sono stati 120 (il 60,6%) e fra essi sono risultati nuovamente predominanti gli *under 35* (il 70%) e le donne (51,7%) [Magnavita *et al.* 2021b: 2]. Naturalmente il questionario impiegato era ricalcato sui due precedenti [ivi: 3-4]. Fra le risultanze, una significativa è stata il fatto che il 59,2% dei rispondenti ha indicato almeno un caso di esposizione non protetta al virus, mentre circa un quinto (il 19,2%) lo ha contratto [ivi: 3]. Inoltre il carico di lavoro complessivo, contrariamente agli auspici formulati nel precedente articolo, è ulteriormente cresciuto, con tutte le connesse conseguenze negative per la resilienza degli operatori, anche se l'isolamento sociale in precedenza lamentato sembra essere diminuito [ivi: 4-5]. Lo sforzo lavorativo compiuto rimane dunque molto alto e così il livello di stress, mentre la qualità del sonno è migliorata solo lievemente [ivi: 5-6]. I dati più significativi riguardano però ansia e depressione:

The average score of the GADS anxiety scale did not register significant changes in the third survey [...]. Conversely, the mean score of the depression scale showed a significant increase in the second survey compared with

the baseline; in the present survey, it remained constant. Three out of five workers manifested depressive symptoms [ivi: 5-6].

Ancora una volta, queste criticità non sono risultate associate a variabili sociodemografiche, ma a variabili occupazionali, in particolare allo sforzo richiesto [ivi: 6-7]. Le considerazioni conclusive sono quindi simili a quelle di Lasalvia *et al.*: ad un anno di distanza dallo scoppio della pandemia, e nonostante la maggiore disponibilità di DPI, di risorse economiche e soprattutto di vaccini, rispetto alla prima rilevazione solo la qualità del sonno è lievemente migliorata, mentre i livelli di distress, ansia e depressione sono tuttora «unacceptably high» [ivi: 8]. Ciò, come già più volte osservato, richiederebbe azioni incisive a supporto degli operatori sanitari, possibilmente adottando una logica *bottom-up*, ma «Unfortunately, it is far from easy to implement this kind of intervention» [ibidem].

2.6. Conclusioni

In questo capitolo sono state riassunte ed illustrate le circa 20 pubblicazioni di studiosi italiani aventi come oggetto gli effetti fisici, psicologici e di conseguenza sociali della pandemia sugli operatori sanitari, basate su rilevazioni e *web survey* condotte fra il 2020 ed i primi mesi del 2022. Alcune di esse, come osservato, erano focalizzate sull'ambito nazionale, mentre altre su ambiti regionali o semplicemente locali (un solo ospedale). Attualmente non risulta l'esistenza di studi basati su un campione statisticamente rappresentativo in senso stretto di tutta la popolazione degli operatori sanitari italiani.

Il target di tali lavori è costituito essenzialmente da personale sanitario operante negli ospedali, principalmente ma non esclusivamente pubblici. È degno di nota il fatto che nessuno abbia considerato invece il personale di soccorso volontario del mondo del Terzo Settore, con l'unica eccezione delle quattro rilevazioni di Monia Vagni e dei suoi colleghi.

Premesso ciò, una prima considerazione di sintesi di questi studi, più o meno circoscritti, è che la categoria sociale costituita dal personale sanitario del nostro Paese risulta essere pesantemente logorata nell'equilibrio fisico e psicologico dai due anni trascorsi lottando contro la pandemia più grave dai tempi della "Spagnola" (fatte le opportune distinzioni), e che mostra sintomi persistenti di PTSD, *burnout* e, più in generale, di ansia, depressione, insonnia e *distress*. Questa persistenza è stata messa in luce dagli studi trasversali ripetuti di Magnavita e Lasalvia e dalla rilevazione di ANAAO-ASSOMED. In proposito quindi è significativo che le istituzioni sanitarie, fra un'ondata e l'altra, non abbiano avviato provvedimenti tali da innescare l'alleggerimento di tale impatto. Del resto, non è inopportuno né retorico osservare che,

dopo un primo momento in cui questi operatori venivano chiamati in blocco “eroi”, sono ripresi e sono tuttora in corso intimidazioni ed atti di violenza verbale e fisica a loro carico.

In secondo luogo, occorre menzionare alcuni dati costanti emersi da quasi tutte queste rilevazioni. Il Covid-19 ha regolarmente avuto un impatto più pesante sulle operatrici donne piuttosto che sugli uomini, sulle persone più giovani piuttosto che su quelle più mature, e sul personale infermieristico piuttosto che sul personale medico. Si tratta di un dato divergente rispetto a quanto emerso nelle precedenti epidemie e pandemie, durante le quali i vari studi avevano avuto risultati spesso opposti (si veda in proposito il capitolo precedente).

È invece meritoria la differenziazione introdotta da Monia Vagni e dal suo gruppo fra operatori sanitari ed operatori d'emergenza, con l'inclusione del personale volontario del Terzo Settore fra questi ultimi. Ciò permette di avere un parziale termine di paragone con le risultanze che emergeranno dallo studio a cui è dedicato il presente volume. In proposito, è significativo che da tali rilevazioni sia emersa una “sopportazione” più forte fra gli operatori d'emergenza rispetto al personale sanitario.

D'altro canto, come emerso dagli studi di Serena Barello e dei suoi colleghi, è risultato ulteriormente confermato il carattere ambivalente dell'*empatia*. In altre parole, come già altri studi avevano rilevato, essa è un'autentica “arma a doppio taglio” per gli operatori umanitari, in quanto per un verso dà loro l'energia necessaria a soccorrere le persone, e per un altro verso la inaridisce, a contatto prolungato con la sofferenza.

Le criticità summenzionate continuano a minacciare la “tenuta” del nostro sistema sanitario, e più precisamente l'equilibrio psicologico delle risorse umane in esso impiegate. Anche in considerazione del fatto che nel momento in cui stiamo scrivendo (estate 2022) la pandemia continua ad esigere un tributo quotidiano di circa 100 vite umane, e non è dato prevedere con sicurezza cosa succederà in autunno.

È possibile invece domandarsi in che condizioni si presenti il mondo del nostro volontariato organizzato davanti all'attuale ondata pandemica ed alle eventuali prossime: i capitoli seguenti si propongono di rispondere a questa domanda con riferimento al personale non retribuito delle Pubbliche Assistenze associate alla rete ANPAS.

Riferimenti bibliografici

- Barello S., Palamenghi L., Graffigna G. (2020a), *Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic*, «Psychiatry Research», 290, 113129, 1-4.
- Barello S., Palamenghi L., Graffigna G. (2020b), *Empathic communication as a “Risky strength” for health during the COVID-19 pandemic: The case of*

- frontline Italian healthcare workers*, «Patient Education and Counseling», 103, 2200–2202.
- Barello S., Palamenghi L., Graffigna G. (2020c), *Stressors and Resources for Healthcare Professionals During the Covid-19 Pandemic: Lesson Learned From Italy*, «Frontiers in Psychology», 11, 2179, 1-5.
- Barello S., Caruso R., Palamenghi L., Nania T., Dellafiore F., Bonetti L., Silenzi A., Marotta C., Graffigna G. (2021), *Factors associated with emotional exhaustion in healthcare professionals involved in the COVID-19 pandemic: an application of the job demands-resources model*, «International Archives of Occupational and Environmental Health», 94, 1751–1761.
- Brera A.S., Arrigoni C., Dellafiore F., Odone A., Magon A., Nania T., Pittella F., Palamenghi L., Barello S., Caruso R. (2021), *Burnout syndrome and its determinants among healthcare workers during the first wave of the Covid-19 outbreak in Italy: a cross-sectional study to identify sex-related differences*, «Medicina del Lavoro», 112, 4, 306-319.
- Di Tella M., Romeo A., Benfante A., Castelli L. (2020), *Mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy*, «Journal of Evaluation in Clinical Practice», 1–5. <https://doi.org/10.1111/jep.13444>
- Gorini A., Fiabane E., Sommaruga M., Barbieri S., Sottotetti f., La Rovere M.T., Tremoli E., Gabanelli P. (2020), *Mental health and risk perception among Italian healthcare workers during the second month of the Covid-19 pandemic*, «Archives of Psychiatric Nursing», 34, 537–544. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.10.007>
- Kang L., Ma S., Chen M., Yang J., Wang Y., Li R., Yao L., Bai H., Cai Z., Xiang Yang B., Hu S., Zhang K., Wang G., Ma C., Liu Z. (2020), *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, Behavior, and Immunity», 87, 11-17. doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028.
- Lai J., Ma S., Wang Y., Cai Z., Hu J., Wei N., Wu J., Du H., Chen T., Li R., Tan H., Kang L., Yao L., Huang M., Wang H., Wang G., Liu Z., Hu S. (2020), *Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019*, «JAMA Network Open», 3(3), 1-12. [doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976).
- Lasalvia A., Bonetto C., Porru S., Carta A., Tardivo S., Bovo C., Ruggeri M., Amaddeo F. (2021a), *Psychological impact of COVID-19 pandemic on healthcare workers in a highly burdened area of north-east Italy*, «Epidemiology and Psychiatric Sciences», 30, e1, 1-13.
- Lasalvia A., Amaddeo F., Porru S., Carta A., Tardivo S., Bovo C., Ruggeri M., Bonetto C. (2021b), *Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors: a cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy*, «British Medical Journal Open», 11, 1-12.
- Lasalvia A., Bodini L., Amaddeo F., Porru S., Carta A., Poli R., Bonetto C. (2021c), *The Sustained Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers One Year after the Outbreak — A Repeated Cross-Sectional Survey in*

- a Tertiary Hospital of North-East Italy, «International Journal of Environmental Research and Public Health», 18, 13374, 1-20.
- Magnavita N., Soave P.M., Ricciardi W., Antonelli M. (2020), *Occupational Stress and Mental Health among Anesthetists during the COVID-19 Pandemic*, «International Journal of Environmental Research and Public Health», 17, 8245, 1-14.
- Magnavita M., Soave P.M., Antonelli M. (2021a), *Prolonged Stress Causes Depression in Frontline Workers Facing the COVID-19 Pandemic—A Repeated Cross-Sectional Study in a COVID-19 Hub-Hospital in Central Italy*, «International Journal of Environmental Research and Public Health», 18, 7316, 1-13.
- Magnavita M., Soave P.M., Antonelli M. (2021b), *A One-Year Prospective Study of Work-Related Mental Health in the Intensivists of a COVID-19 Hub Hospital*, «International Journal of Environmental Research and Public Health», 18, 9888, 1-12.
- Maiorano T., Vagni M., Giostra V., Pajardi D. (2020), *COVID-19: Risk Factors and Protective Role of Resilience and Coping Strategies for Emergency Stress and Secondary Trauma in Medical Staff and Emergency Workers—An Online-Based Inquiry*, «Sustainability», 12, 9004, 1-18.
- Orrù G., Marzetti F., Conversano C., Vagheggini G., Miccoli M., Ciacchini R., Panait E., Gemignani A. (2021), *Secondary Traumatic Stress and Burnout in Healthcare Workers during COVID-19 Outbreak*, «International Journal of Environmental Research and Public Health», 18, no. 1, 337, pp. 1-13.
- Roncone R., Giusti L., Mammarella S., Salza A., Bianchini V., Lombardi A., Prosperocco M., Ursini E., Scaletta V., Casacchia M. (2021), *“Hang in There!”: Mental Health in a Sample of the Italian Civil Protection Volunteers during the COVID-19 Health Emergency*, «International Journal of Environmental Research and Public Health», 18, 8587, 1-19.
- Rossi R., Succi V., Pacitti F., Di Lorenzo G., Di Marco A., Siracusano A., Rossi A. (2020), *Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy*, «JAMA Network Open», 3(5), 1-4.
Doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.10185
- Shanafelt T., Ripp J., Trockel M. (2020), *Understanding and Addressing Sources of Anxiety among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic*, «JAMA», 323 (21), 2133-2134. doi:10.1001/jama.2020.5893.
- Simonetti V., Durante A., Ambrosca R., Arcadi P., Graziano G., Pucciarelli G., Simone S., Vellone E., Alvaro R., Cicolini G. (2021), *Anxiety, sleep disorders and self-efficacy among nurses during COVID-19 pandemic: A large cross-sectional study*, «Journal of Clinical Nursing», 30, 1360-1371.
- Vagni M., Maiorano T., Giostra V., Pajardi D. (2020a), *Hardiness, Stress and Secondary Trauma in Italian Healthcare and Emergency Workers during the COVID-19 Pandemic*, «Sustainability», 12, 5592, 1-16.
- Vagni M., Maiorano T., Giostra V., Pajardi D. (2020b), *Coping With COVID-19: Emergency Stress, Secondary Trauma and Self-Efficacy in Healthcare and Emergency Workers in Italy*, «Frontiers in Psychology», 11, 566912, 1-12.
- Vagni M., Maiorano T., Giostra V., Pajardi D. (2020c), *Hardiness and Coping Strategies as Mediators of Stress and Secondary Trauma in Emergency Workers during the COVID-19 Pandemic*, «Sustainability», 12, 7561, 1-27.

3. La pandemia da COVID-19 e il sistema sanitario

di Fabrizio Ernesto Pregliasco

3.1. Pandemia, scienza e comunicazione

La malattia COVID-19 ci ha messo di fronte alla fragilità della vita umana e alla amara presa d'atto che la scienza rincorre la natura. Ci volevano eventi estremi, una pandemia e una guerra in Europa, per chiarire che la salute e la democrazia sono conquiste sociali, non naturali e sta ad ognuno di noi la responsabilità di prenderne atto e reagire di conseguenza.

Negli ultimi due anni, caratterizzati dalla pandemia da COVID-19, il discorso sulla scienza è diventato improvvisamente vicino al pubblico generalista. Unico, o quasi, argomento H24 sul *mainstream* e su tutti i media anche locali. Si è commentato e valutato il valore della scienza, addirittura facendo classifiche di preferenze degli scienziati. Accanto ai ricercatori, *influencer* e personaggi pubblici che di ricerca non ne hanno mai fatta, hanno iniziato litigare nei vari talk show, sui giornali, sui social.

Così fin da subito, alla pandemia si è aggiunta l'*infodemia*: la diffusione spropositata di informazioni, in parte vere e in parte false. Molti esperti o presunti tali non hanno avuto il coraggio di dire “non so”, e quindi si discettare su affermazioni supportate solo da opinioni, di non avere risposte per tutto (che spesso è cosa difficile da dire). Ma comunque ricordiamoci che è normale il confronto tra medici, ad esempio di fronte ad una radiografia e spesso ci chiedono un “secondo parere”.

Complicato è spiegare e far capire cosa significa condurre una ricerca scientifica, come la si presenta nei convegni di settore e come si pubblicano i risultati degli studi delle riviste che hanno l’*“impact factor”*. Tutti possono pubblicare, a patto di aver condotto uno studio valido. La conoscenza prodotta attraverso le evidenze scientifiche è ben diversa dai punti di vista individuali e dalle opinioni. Anche se si tratta di medici o ricercatori, non basta credere o ipotizzare qualcosa perché diventi evidenza scientifica.

Bisogna condurre ricerche laboriose, studiare, analizzare i dati e non parlare da “tuttologi”. In questo tempo di oggettiva confusione, la scienza è stata vista come inconcludente, discriminatoria, coinvolta in conflitti di interesse

ed economici. Ma tanti di questi proclami sono stati fatti da chi ha mostrato di non sapere come si conduce uno studio scientifico che si basa sul principio di falsificazione. Gli studi non si inventano a tavolino ma devono seguire rigorosi criteri di oggettivizzazione.

Ci siamo trovati di fronte ad una situazione inattesa e non si è riusciti a comunicare in modo adeguato l'incertezza, non rassicurare i cittadini ma informarli per renderli resilienti. Durante la pandemia molti hanno teorizzato la presenza di complotti¹, nonostante le altre spiegazioni già fornite siano più plausibili e affidabili. Le teorie del complotto sono restie alle critiche e al principio di falsificabilità; al contrario trovano forza nella logica circolare: sia le prove che confutano il complotto che l'assenza di prove a favore della sua esistenza sono reinterpretate dai complottisti come indiscutibili dimostrazioni della sua verità, per cui la cospirazione diventa una questione di fede piuttosto che qualcosa che può essere provato o confutato.

Questa ideologia complottista, la fede nelle teorie del complotto può essere psicologicamente dannosa o patologica ed è correlata a scarso pensiero analitico, basso quoziente di intelligenza, proiezione psicologica, paranoia e machiavellismo. Storicamente, le teorie del complotto sono state strettamente legate a pregiudizio, propaganda, caccia alle streghe, guerre e genocidi e non a caso hanno preso piede in una situazione così devastante per tutti come la pandemia da COVID-19.

Le teorie del complotto, un tempo limitate a un pubblico più marginale e ristretto, sono diventate un luogo comune nei media, emergendo come un fenomeno culturale tra la fine del XX secolo e l'inizio del XXI secolo. Sono diffuse in tutto il mondo e sono spesso credute comunemente. Per contrastare queste teorie del complotto è necessario preservare la società aperta e migliorare le capacità di pensiero analitico del pubblico in generale.

Di contro a “venditori di fumo” che hanno utilizzato quadri apocalittici o orwelliani per spaventare o confondere ulteriormente, la vera ricerca avanza per passi e conoscenze sempre più certe, che ovviamente necessitano tempo. Oggi si conoscono molte cose sul virus SARS-Cov2; eppure, vi sono ancora persone che ne negano l'esistenza pur non avendo mai letto un libro di virologia. Tanto complottismo ha avuto seguaci che hanno letto informazioni sui *social network*, non accorgendosi che le *fake news* sono spesso create a tavolino e sono le stesse da decenni, ma semplicemente riadattate al contesto del COVID-19.

Anche la pseudoscienza ha preso piede in una parte rilevante della popolazione. Viene chiamata “pseudoscienza” qualsiasi dottrina che in superficie appare essere scientifica o che ha dei presupposti scientifici, ma che

¹ La teoria del complotto è una spiegazione di un evento o una situazione, spesso alimentata da motivazioni politiche, che ne attribuisce cause e responsabilità a una cospirazione ordita da gruppi sinistri e potenti (spesso detti «poteri forti»).

contravviene ai requisiti di verificabilità richiesti dalla scienza o comunque devia sostanzialmente da altri fondamentali aspetti del metodo scientifico.

Gli standard per determinare se una conoscenza, una metodologia o pratica siano scientifiche possono variare da un campo scientifico all'altro, tuttavia, esistono una serie di principi base sui quali gli scienziati concordano come ad esempio, nelle scienze sperimentali, la riproducibilità e la verificabilità intersoggettiva. Questi principi mirano ad assicurare che prove rilevanti possano essere riprodotte e/o misurate nelle medesime condizioni. Ci si aspetta inoltre che ogni dato sia documentato e reso pubblico al fine di potere essere sottoposto a revisione paritaria così consentendo successivi e ulteriori esperimenti volti a confermare la veridicità o falsità dei risultati dichiarati e a convalidare l'attendibilità dei valori numerici, stabilendone la significatività statistica e l'intervallo di confidenza.

Ma di disinformazione si può morire, il decidere di non seguire le misure di prevenzione dal virus ha portato a tantissimi decessi. Se non ci si vaccina, perché si crede che il vaccino contenga microchip o sia sperimentale, ci si può ammalare molto gravemente. Parlare di sperimentazione di massa dei vaccini significa non conoscere nulla della scienza e del come i farmaci vengono messi sul mercato. Oppure significa anche sapere, o fingere di ignorarlo perché a far i complottisti si può diventare più famosi di quanto lo si sarebbe se ci limitasse a seguire quello che dicono le istituzioni. La scienza può sbagliarsi, le evidenze cambiano e si modificano. Ma se oggi abbiamo una speranza di vita più lunga e abbiamo farmaci che ci fanno guarire o gestire molte malattie, questo lo dobbiamo alla scienza, piaccia o non piaccia a quanti la criticano usando un cellulare creato grazie alla scienza e prendendo un antinfiammatorio, che di effetti collaterali può averne di gravi quando hanno il mal di testa.

In questa fase della pandemia si è anche inserita la caccia alle cosiddette *virostar*² per infangarle e deriderle. In essa si concentrano molti atteggiamenti negativi già descritti nonché l'invidia sociale causata da una situazione di sofferenza psicologica ed economica per una buona fetta di popolazione. L'invidia sociale è la distopia di un mondo che non vuole più essere ma, semplicemente, apparire. È il vero cancro di questa società moderna, perché attraverso di essa tutto diventa distorto e contorto, quelli che un tempo erano valori interiori dell'essere umano sono stati sostituiti da apparenze esteriori della società.

Ma aggiungendo l'aggettivo "sociale", ecco che abbiamo il fenomeno dell'invidia sociale, in una società fatta di immagini e comunicazioni, l'invidia è rivolta all'essere, ai modelli di successo, di ricchezza, di fama e di

² Con tale termine si intendono gli esperti che hanno cercato di fare divulgazione scientifica nel marasma dell'infodemia, ritenuti, ingiustamente rei di essere stati confusionari e aver detto cose sbagliate.

notorietà. Motivo per cui c'è una diffusione sempre più ampia di forme di ostilità, odio e rancore verso il prossimo. Che si tratti del nostro vicino, del collega, dell'*influencer* o del migrante appena sbarcato, poco importa. L'invidia sociale non guarda in faccia a nessuno. E in tutta questa situazione già di per sé paradossale c'è un aspetto ancora più tragicomico.

Ma più che invidia sociale, sarebbe corretto, in questo caso, definirla come invidia *social*. Perché è proprio sui *social* che la gente vuole mostrare tutto, vuole vedere tutto. Il web è diventato la passerella per le esibizioni più plateali e subdole atte a generare frustrazione e, appunto, invidia. E proprio quel senso di inadeguatezza che ti fa sentire misero, dà vita a nuove figure comparse con l'avvento dell'invidia *social*: *haters*, *troll*, *cyberbulli*, delatori e calunniatori virtuali, *fake*, "leoni da tastiera", dietrologi e tuttologi di ogni tipo. Il che ha contribuito alla diffusione di un sentimento di negatività la quale a sua volta crea divisioni a livello sociale.

Un aspetto da affrontare e discutere ha a che fare con l'inedita ampiezza e intensità della comunicazione pubblica. Prima della pandemia nessuno avrebbe nemmeno potuto immaginare che per mesi gli esperti scientifici avrebbero dominato i palinsesti di prima serata. Questo colossale e inedito esperimento comunicativo ha rivelato, a dispetto di un diffuso luogo comune, la rilevanza del ruolo sociale della scienza e dei suoi protagonisti. Al tempo stesso, ha fatto emergere numerose fragilità.

Molti esperti si sono infatti trovati improvvisamente a rivestire un ruolo di grande responsabilità sul piano comunicativo al quale non erano preparati. L'emergere, spesso prepotente, di conflitti e dissensi tra gli esperti più visibili è stato vissuto con confusione e smarrimento da ampi settori dell'opinione pubblica. Oltre a questa pressione comunicativa, il mondo della ricerca scientifica ha subito un'enorme e più generale pressione sul piano sociale e politico. Anche questo è un aspetto inedito, almeno su questa scala, dal momento che un altro cardine della percezione pubblica della scienza è stata a lungo la sua «indipendenza».

Nessun settore scientifico, nemmeno il più distante, ha rinunciato ad aggrancinarsi alla visibilità e rilevanza degli studi sul COVID-19. Tanto che ad agosto 2021 si contavano già 300.000 articoli scientifici sul tema, nelle circa duecento discipline scientifiche classificate, inclusa l'ingegneria dei trasporti. Inevitabilmente, con questo ritmo frenetico, accanto a studi scientifici di ottima qualità hanno trovato spazio anche studi di bassa qualità. La dimostrazione plateale è arrivata con gli studi che alcune delle riviste mediche più prestigiose come «Lancet» e «New England Journal of Medicine» hanno dovuto ritrattare poco dopo la pubblicazione.

Anche, ma non solo, a seguito di questa visibilità e pressione, l'*expertise* scientifica è stata spesso plasmata e selezionata per assecondare posizioni e strategie politiche. In alcuni Paesi, l'avvicendamento degli esperti governativi di riferimento ha accompagnato cambiamenti e spesso vere e proprie

inversioni di rotta nella strategia di contrasto alla pandemia. Quasi nessuno, neppure i “no-vax” più accaniti, mette in discussione il ruolo degli esperti in quanto tale, né tantomeno l’importanza della loro competenza. In questa inarrestabile valanga di studi e articoli (è questa la vera «infodemia», molto più delle “bufale” che circolano sui *social*) è infatti sempre possibile individuare un esperto o uno studio in grado di assecondare le proprie posizioni.

Sarebbe semplicistico liquidare queste dinamiche e cambiamenti come frutto estemporaneo dell’eccezionale emergenza pandemica. Si tratta infatti di tendenze di lungo periodo (a cominciare dalla crescente «mediatizzazione» della scienza) ben note agli studiosi del settore. La pandemia ha contribuito ad amplificarle e a metterle al centro dell’attenzione.

In questo senso, l’emergenza COVID-19 ha offerto una straordinaria opportunità per riflettere sul ruolo della scienza nella società e sui suoi cambiamenti al di là dei pregiudizi e degli schemi più tradizionali e (apparentemente) rassicuranti. Sarà estremamente importante, di qui ai prossimi anni, cogliere questa opportunità per una riflessione costruttiva tanto nel mondo della scienza quanto nell’opinione pubblica.

3.2. Approcci di Sanità Pubblica

L’esperienza del COVID ci ha fatto capire che per affrontare una pandemia di proporzioni enormi è necessaria un’azione sinergica e coordinata tra tutti, istituzioni e cittadini. Gli effetti ad oggi subiti non sono stati solo quelli sanitari, le morti, la sofferenza fisica, ma anche tutte le problematiche sociali che sono deflagrate in conseguenza delle azioni introdotte per fronteggiare la diffusione di questa subdola infezione, difficilmente controllabile per la via di trasmissione aerea, e che da molti non sono state capite o comunque sono risultate pesanti e poco accettabili per le conseguenze a livello personale.

In passato non si sarebbe potuto sperare di arrivare a poter disporre in così breve tempo di una possibilità di prevenzione tramite vaccinazione e ora anche di disporre di interventi terapeutici sempre più efficaci e specifici contro il virus.

Tuttavia, la pandemia ha messo in evidenza la debolezza del nostro sistema quando non si è riusciti a scambiare e coordinare le informazioni con rapidità, quando non è stato possibile comunicare i risultati degli studi scientifici e le tecniche di cura più efficaci. Più in generale nell’infodemia, nell’enorme mole di informazioni che si sono prodotte sull’argomento spesso di dubbia qualità, che ne è derivata non è stato possibile far comprendere che la ricerca scientifica va avanti per ipotesi, tentativi ed errori. La scienza insegue la natura, la rincorre ma con molte incertezze e solo ricerche che necessitano del tempo possono permettere di interpretarla e quindi è

fondamentale un interscambio rapido per intervenire in maniera tempestiva e coordinata.

A livello mondiale tre sono stati gli approcci realizzati: in Cina il tentativo di una opzione Zero attuando una strategia di isolamento e screening sistematici non proponibili in paesi democratici; l'Europa dell'est e i paesi svantaggiati del sud del mondo hanno lasciato correre l'epidemia creando problemi acuti e disastri e raccogliendo poi i tristi cocci; i paesi dell'Unione Europea, seppur senza un manuale di gestione hanno cercato, dopo essersi resi conto che era impossibile controllare questa malattia, di mitigarla.

L'Italia ha seguito quest'ultimo approccio scegliendo modalità prudenti e in tal senso il cosiddetto green-pass è un approccio che è comprensibile legato all'efficacia dimostrata del vaccino e quindi dell'opportunità per lo stato di fare in modo che la maggior parte dei cittadini si approcci a questa opzione in quanto la vaccinazione va vista come opportunità per proteggere sé stessi, la propria famiglia ma anche un atto di solidarietà sociale. In tal senso va vista anche la scelta italiana, ma anche di altre nazioni di arrivare anche per questa vaccinazione all'obbligo. Tutto ciò sta portando a conflitti sociali legati ad una minoranza di oppositori verso questa scelta, formata da persone dubbiose riguardo alla sicurezza dei vaccini, e per questo da accompagnare per quanto possibile alla scelta vaccinale stante l'oggettiva sicurezza di questi prodotti, ad altri che si oppongono per incomprensibili motivi ideologici.

Al momento della scrittura di questo libro, a due anni dalla sua comparsa, siamo alle prese con una ulteriore ondata di questa pandemia e abbiamo già sperimentato diverse varianti virali che dimostrano l'instabilità di questo virus e una deriva che non possiamo prevedere. Ormai è certo che la stragrande maggioranza dei casi di Omicron dà pochi o nessun sintomo, la revisione sistematica delle precedenti varianti della Sars-Cov-2 suggerisce che il 40% delle infezioni erano asintomatiche. L'evidenza fa ritenere che la percentuale di infezioni asintomatiche è molto più alta per Omicron, forse fino all'80-90%. La proporzione di pazienti COVID-19 ricoverati che richiedono l'intubazione o sono in fin di vita è diminuita fino all'80-90%. In gran parte, come sappiamo, questo è dovuto ai vaccini, ma anche alle caratteristiche di questa variante. Che proprio grazie alla sua alta contagiosità creerà immunità anche per le possibili (e forse più pericolose) varianti successive.

L'impatto della futura trasmissione della SARS-CoV-2 sulla salute, tuttavia, sarà minore grazie all'ampia esposizione precedente al virus, ai vaccini regolarmente adattati a nuove varianti, all'avvento degli antivirali e alla consapevolezza che i vulnerabili possono proteggersi durante le ondate future, quando necessario, usando mascherine di alta qualità e distanziandosi fisicamente. Ciò che sorprende del virus SARS-CoV-2 è, soprattutto, la sua capacità di acquisire e fissare mutazioni che finiscono per dar vita a varianti sempre più trasmissibili rispetto a quelle che le hanno precedute. È stato così per la variante Alfa e poi per Delta, di cui Omicron è risultata perfino più

contagiosa. Inoltre, sia Delta che, in misura maggiore, Omicron, si sono dimostrate in grado di evadere la risposta immune e di ridurre quindi, seppur parzialmente, l'efficacia dei vaccini, motivo per cui è stato necessario ricorrere alla somministrazione di una provvidenziale dose di richiamo per aumentare la protezione nei confronti delle forme gravi di malattia. La maggior contagiosità e il breve intervallo di tempo che intercorre fra la comparsa di un caso e quello successivo conferiscono a Omicron un vantaggio selettivo nei confronti di altre varianti nonché la capacità di generare un gran numero di infezioni nel giro di pochissimi giorni. Da ciò consegue che, anche se la virulenza intrinseca di Omicron è ridotta – il rischio di ospedalizzazione sembra essere circa un terzo di quello di Delta – rimangono però elevati sia il rischio di congestione delle strutture ospedaliere che di eventuali criticità relative alla continuità di alcuni servizi essenziali.

Omicron, quindi può preludere alla fine sociale della pandemia. Se possa anche preludere alla fine “biologica” della crisi pandemica è però presto per dirlo. Si fa spesso riferimento, per spiegare ciò che sta accadendo, alla pandemia di “Spagnola”, che fu però causata da un virus influenzale, ben diverso dai coronavirus, e si manifestò comunque con un susseguirsi di ondate epidemiche aventi ciascuna caratteristiche diverse dall'altra. Durante la prima ondata, che iniziò nel marzo del 1918, all'epoca della “Grande Guerra”, predominarono i classici sintomi influenzali, e l'impatto clinico tutto sommato non fu grave. La seconda ondata, che ebbe inizio verso la fine dell'estate del 1918, fu invece devastante, soprattutto fra ottobre e dicembre, a causa dell'alta frequenza di polmoniti, che spesso colpivano anche persone di giovane età e determinarono un'elevata mortalità. La terza ondata, iniziata a cavallo fra dicembre e gennaio, si protrasse fino a marzo-aprile 1919, ma fu meno virulenta. Purtroppo, a differenza di quanto accade oggi, la mancanza di tecnologia non permise allora di seguire le evoluzioni del virus dal punto di vista molecolare e di identificare, quindi, eventuali mutazioni che potrebbero spiegare le differenze in quello che veniva un tempo definito, con un termine immaginifico, come genio epidemico.

Se la storia si ripetesse sempre con le stesse modalità, pur coscienti della attuale minaccia alla sanità pubblica portata da Omicron, guarderemmo comunque al futuro con un cauto ottimismo. Attenuazione dei sintomi e immunità di popolazione causata da pregresse infezioni e/o vaccinazioni fanno ben sperare, in quanto qualsiasi nuova variante troverebbe con buona probabilità la popolazione maggiormente resistente. Riesce poi anche difficile pensare a una nuova variante che possa diffondersi in maniera più rapida ed efficiente rispetto ad Omicron. Eppure, resta un margine di incertezza, perché i virus, si sa, sono bizzarri, e le opportunità che loro offre un mondo globalizzato e in larga misura povero di risorse e di vaccini sono davvero tante.

Il COVID-19 con molta probabilità diventerà quindi un'altra malattia ricorrente che i sistemi sanitari e le società dovranno gestire. La pandemia,

intesa come il fenomeno che ha imposto di cambiare il modo in cui gli individui vivono la loro vita, speriamo stia per finire, il COVID-19 resterà, ma la pandemia no.

I responsabili politici dovranno specificare gli obiettivi e le strategie per la “nuova normalità” della vita con COVID-19 e comunicarli chiaramente al pubblico. La durata precisa dell’immunità alla SARS-CoV-2 dalla vaccinazione o da una precedente infezione è ancora sconosciuta. Inoltre, non è noto se SARS-CoV-2 diventerà un’infezione stagionale; se le terapie antivirali preverranno il “long COVID”; o se dopo Omicron sorgeranno varianti ancora più trasmissibili, evasive o virulente. Le previsioni sono necessarie ma sono solo supposizioni plausibili, non certezze matematiche. Il virus, la risposta dei soggetti che si ammalano, si evolveranno. Gli strumenti biomedici e di salute pubblica si espanderanno, insieme a una migliore comprensione dei loro limiti. L’incidenza di SARS-CoV-2, i tassi di vaccinazione, la capacità di risposta degli ospedali, la tolleranza al rischio e la volontà di attuare diversi interventi varieranno geograficamente e le raccomandazioni nazionali dovranno essere adattate a livello locale.

È imperativo per la salute pubblica, il funzionamento economico e sociale che gli Stati stabiliscano e comunichino obiettivi specifici per la gestione di COVID-19, parametri di riferimento per l’imposizione o l’allentamento delle restrizioni sulla salute pubblica, investimenti e riforme necessarie per prepararsi alla futura variante SARS-CoV-2 e altri nuovi virus e strategie chiare per realizzare tutto questo. L’obiettivo per la “nuova normalità” con COVID-19 non include l’eradicazione o l’eliminazione, ad esempio la strategia “zero COVID”. Né la vaccinazione COVID-19 né l’infezione sembrano conferire un’immunità permanente. I vaccini attuali non offrono l’immunità sterilizzante contro l’infezione da SARS-CoV-2.

Le malattie infettive non possono essere eradicare quando c’è un’immunità a lungo termine limitata a seguito di infezione o vaccinazione o serbatoi di infezione non umani. La maggior parte delle infezioni da SARS-CoV-2, come abbiamo detto, è asintomatica o leggermente sintomatica e il periodo di incubazione di SARS-CoV-2 è breve, impedendo l’uso di strategie mirate come la “vaccinazione ad anello”. Anche gli individui “completamente” vaccinati sono a rischio di infezione da SARS-CoV-2. Di conseguenza, una “nuova normalità con COVID” non è vivere senza COVID-19.

La “nuova normalità” richiede di riconoscere che SARS-CoV-2 è solo uno dei numerosi virus respiratori circolanti che includono l’influenza, il virus respiratorio sinciziale (RSV) e altro ancora. Il COVID-19 deve ora essere considerato tra i rischi posti da tutte le malattie virali respiratorie messe insieme. Molte delle misure per ridurre la trasmissione di SARS-CoV-2 (ad esempio la ventilazione) ridurranno anche la trasmissione di altri virus respiratori. Pertanto, si dovrà tenere conto di un rischio aggregato di tutte le infezioni da virus respiratori.

Anche se l'influenza stagionale, l'RSV e altri virus respiratori circolanti prima di SARS-CoV-2 erano dannosi, ma non li consideravamo una minaccia sufficiente per imporre misure di emergenza da oltre un secolo. Le persone hanno vissuto normalmente con le minacce di questi virus, anche se si sarebbe potuto fare di più per ridurre i loro rischi e questa sarà una delle lezioni che questo virus ci lascerà.

I sanitari in tutto il mondo hanno compiuto, stanno ancora compiendo e dovranno anche nel futuro continuare a fare, sforzi eroici ma sappiamo che non sono state messe in atto e applicate in tutte le strutture sanitarie le cosiddette *best practice* perché sono stati spesso applicati protocolli disomogenei che hanno indebolito il sistema.

3.3. SSN e Pandemia

Il 23 dicembre 1978 il Parlamento approvava a larghissima maggioranza la legge 833 che istituiva il SSN in attuazione dell'art. 32 della Costituzione. Un radicale cambio di rotta nella tutela della salute delle persone, un modello di sanità pubblica ispirato da principi di equità e universalismo, finanziato dalla fiscalità generale, che ha permesso di ottenere eccellenti risultati di salute.

Purtroppo, le mutate condizioni epidemiologiche, economiche e sociali contribuiscono oggi a minare la sostenibilità di tutti i sistemi sanitari: dal progressivo invecchiamento delle popolazioni al costo crescente delle innovazioni, in particolare di quelle farmacologiche; dall'aumento della domanda di servizi e prestazioni da parte di cittadini e pazienti alla riduzione degli investimenti pubblici in sanità.

Tuttavia, è bene ribadire che la sostenibilità dei sistemi sanitari non è un problema di natura esclusivamente finanziaria, perché un'aumentata disponibilità di risorse non permette comunque di risolvere diverse criticità ampiamente documentate nei paesi industrializzati: l'estrema variabilità nell'utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie; gli effetti avversi dell'eccesso di medicalizzazione; le disuguaglianze conseguenti al sotto-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie dall'elevato valore; l'incapacità di attuare efficaci strategie di prevenzione; gli sprechi che si annidano a tutti i livelli.

Se guardiamo al SSN come ad un paziente, il suo stato di salute è compromesso da quattro patologie: definanziamento pubblico, ampliamento del "paniere" dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), sprechi e inefficienze.

Patologie e fattori ambientali hanno dunque contribuito all'involuzione dell'intero sistema di welfare, in particolare in alcune aree del Paese con un rischio di involuzione del SSN.

Il prezzo del definanziamento è stato pagato soprattutto dal personale sanitario, determinando carenze negli organici, elevando l'età media, bloccando i rinnovi contrattuali e, complessivamente, demotivando la principale risorsa su cui si regge il sistema di tutela della salute.

I nuovi LEA hanno concretizzato una paradossale dissociazione tra gestione della finanza pubblica e programmazione sanitaria: a fronte di un definanziamento pubblico senza precedenti sono aumentate le prestazioni a carico del SSN.

La prevenzione continua a rimanere la “sorella povera” dei LEA, sia perché numerosi interventi preventivi rimangono sottoutilizzati, sia per il limitato sviluppo di politiche per la prevenzione e la riduzione dei fattori di rischio ambientali, sia per la scarsa attitudine dei cittadini italiani a modificare gli stili di vita.

L'avvento di COVID-19 ha trovato dunque un SSN in difficoltà rispetto alla gestione di una pandemia, fortemente condizionato da 21 differenti sistemi sanitari e da una non sempre leale collaborazione Stato-Regioni e indebolito dal definanziamento. La pandemia ha inoltre amplificato il cortocircuito di competenze tra Stato e Regioni, per i quali la sanità rappresenta dal 2001 materia di legislazione concorrente.

Per evitare scontri istituzionali il Governo – da un lato – non ha avocato a sé l'esercizio del potere sostitutivo a garanzia dell'interesse nazionale nel caso di pericolo grave per l'incolumità e la sicurezza pubblica (art. 120 della Costituzione) né ha tenuto conto che la carta costituzionale affida allo Stato la legislazione esclusiva in materia di profilassi internazionale (art. 117 lett. q), come nel caso di una pandemia.

Dall'altro, con il DL 16 maggio 2020 n. 33 (art. 1, comma 16) ha demandato interamente alle Regioni la responsabilità del monitoraggio epidemiologico e l'introduzione in deroga di misure ampliative o restrittive, rispetto a quelle nazionali (quest'ultimo punto solo successivamente corretto, con il DL 7 ottobre 2020, limitando la facoltà delle Regioni alla sola introduzione di misure più restrittive rispetto a quelle nazionali).

Un elemento negativo, che sperabilmente il tanto annunciato PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) forse colmerà, è il dualismo di un SSN che, al di là di buone pratiche realizzate su alcuni territori, vede il medico di medicina generale e l'ospedale come luoghi di cura alternativi senza una filiera di servizi sociosanitari intermedi che permettano di ricevere le cure appropriate a tutti quei cittadini con patologie croniche che necessitano di una reale presa in carico.

Tutte le fragilità del SSN emerse con la pandemia, per essere adeguatamente affrontate e gestite, richiedono un approccio di sistema, che preveda il coinvolgimento di tutti gli *stakeholder* della sanità: dai decisori politici, ai manager, ai professionisti sanitari fino ai cittadini, veri azionisti di

maggioranza del SSN, che grazie ad adeguate campagne di informazione e sensibilizzazione possono fare moltissimo per la sostenibilità e il rilancio del SSN.

La battaglia contro il COVID-19 si vince tutti insieme o a perdere saremo tutti.

Riferimenti bibliografici

- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, *Portale COVID-19. Sistema di valutazione della capacità di resilienza del sistema sanitario nazionale*, Disponibile a: www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php?r=site%2Fresilienza. Ultimo accesso: 12luglio2022.
- Australian Government, Department of Health, *Government ease selective surgery restrictions*, Disponibile a: www.health.gov.au/news/government-eases-elective-surgery-restrictions. Ultimo accesso: 12luglio2022.
- CentroidiRiferimentoperl'EpidemiologiaelaPrevenzioneOncologicaainPiemonte(CPO), *Screening coloretale: un programma innovativo per il Piemonte*, Disponibile a: www.cpo.it/it/articles/show/screening-coloretale-un-programma-innovativo-per-il-piemonte/. Ultimo accesso: 12 luglio2022.
- De Rosa S., Spaccarotella C., Basso C., Calabrò M.P., Curcio A., Filardi P.P., Mancone M., Mercurio G., Muscoli S., Nodari S., Pedrinelli R., Sinagra G., Indolfi C. (2020), *Società Italiana di Cardiologia and the CCU Academy investigators group. Reduction of hospitalizations for myocardial infarction in Italy in the COVID-19 era*, «European Heart Journal», 41(22), Jun 7, 2083-2088.
- Fondazione GIMBE, *Report Osservatorio GIMBE n. 7/2019. Il defianziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale*, Bologna, settembre 2019. Disponibile a: www.gimbe.org/defianziamento-SSN. Ultimo accesso: 12luglio 2022.
- Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) e Istituto Superiore di Sanità (ISS), *Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità totale della popolazione residente*, Disponibile a: www.istat.it/it/archivio/254507. Ultimo accesso: 12 luglio 2022.
- Istituto Superiore di Sanità (ISS), *Impatto dell'emergenza COVID-19 sui volumi di attività della chirurgia protesica ortopedica in sette Regioni italiane*, Disponibile a: https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYzH/content/id/5676030.
- Kansagra A.P., Goyal M.S., Hamilton S., Albers G.W. (2020), *Collateral Effect of COVID-19 on Stroke Evaluation in the United States*, «New England Journal of Medicine», 383(4), 400-401.
- Maringe C., Spicer J., Morris M., Purushotham A., Nolte E., Sullivan R., Racht B., Aggarwal A. (2020), *The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modeling study*, «The Lancet Oncology», 21(8), 1023-1034.
- Ministero della Salute, *Circolare n. 7422. Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19*, Disponibile a:

- www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&cod-Leg=73675&parte=1%20&serie=null. Ultimo accesso: 12luglio2022.
- Ministero della Salute, *Linee di indirizzo organizzative per la gestione dell'emergenza COVID-19 nell'attuale fase epidemica*, Disponibile a: www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&cod-Leg=77493&parte=1%20&serie=null. Ultimo accesso: 12luglio2022.25
- OECD (2020), *Country Policy Tracker*, Disponibile a: www.oecd.org/coronavirus/country-policy-tracker/. Ultimo accesso: 12luglio2022.
- Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OECD), *Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID-19 pandemic*, Disponibile a: www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/strengthening-the-frontline-how-primary-health-care-helps-health-systems-adapt-during-the-covid-19-pandemic-9a5ae6da/. Ultimo accesso: 12luglio2022.
- Osservatorio Nazionale Screening, *Rapporto sui ritardi accumulati dai programmi di screening italiani in seguito alla pandemia da COVID-19. Terzo Rapporto aggiornato al 31 Dicembre 2020*. Disponibile a: www.osservatorionazionale-screening.it/content/rapporto-sulla-ripartenza-degli-screening-dicembre-2020. Ultimo accesso: 12 luglio 2022.
- Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche, *COVID-19 e chirurgia bariatrica*, Disponibile a: www.sicob.org/09_covid/chirurgia.html. Ultimo accesso: 12luglio 2022.
- Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia, *Interventi protesici: fondamentale e urgente ridurre le liste di attesa*, Disponibile a: www.siot.it/interventi-protesici-fondamentale-e-urgente-ridurre-le-liste-attesa/. Ultimo accesso: 12luglio 2022
- Sud A., Jones M.E., Broggio J., Loveday C., Torr B., Garrett A., Nicol D.L., Jhanji S., Gronthoud F., Ward P., Handy J.M., Yousaf N., Larkin J., Suh Y.-E., Scott S., Pharoah P.D.P., Swanton C., Abbosh C., Williams M., Lyratzopoulos G., Houlston R., Turnbull C. (2020), *Collateral damage: the impact on outcomes from cancer surgery of the COVID-19 pandemic*, «Annals of Oncology», 31(8), 1065-1074.
- www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+7_2022+Rev.pdf/d1f25e22-c9f7-7e5b-a088-42796f4de76a?t=1618819016173. Ultimo accesso: 12 luglio2022.
- Zagra L., Faraldi M., Pregliasco F., Vinci A., Lombardi G., Ottaiano I., Accetta R., Perazzo P., D'Apolito R. (2020), *Changes of clinical activities in an orthopaedic institute in North Italy during the spread of COVID-19 pandemic: a seven-week observational analysis*, «International Orthopaedics», 44(8), August, 1591-1598.
- Zhao J., Li H., Kung D., Fisher M., Shen Y., Liu R. (2020), *Impact of the COVID-19 Epidemic on Stroke Care and Potential Solutions*, «Stroke» 51(7), 1996-2001.

4. La pandemia da Covid-19 nel sistema ANPAS

di Niccolò Mancini¹

4.1. Premessa e obiettivi

La finalità di questo lavoro è rappresentare l’impatto che l’intervento delle Pubbliche Assistenze ANPAS² (in seguito indicate in breve “PA”) ha generato nel nostro Paese e più nello specifico nelle comunità territoriali di riferimento, nel periodo di diffusione pandemica da malattia Covid-19 (in seguito indicata in breve “emergenza”).

Oltre a rappresentare l’apporto quantitativo e la varietà degli interventi messi in opera dai volontari e dai collaboratori delle PA diffuse capillarmente sul territorio, descriverò come il modello organizzativo utilizzato dalla rete³ [Presidenza della Repubblica Italiana 2017; ANPAS 2021: 9-13] si sia adattato a questa nuova e diversa emergenza, cercando di comprenderne le peculiarità, i punti di forza che hanno prodotto risposte adeguate e gli

¹ *Niccolò Mancini*, consulente tecnico forense presso il Tribunale di Firenze. Dottore di Ricerca in Geografia Umana con incarichi presso l’Università di Firenze e Roma Tor Vergata. È Vicepresidente vicario nazionale di ANPAS, Responsabile nazionale Servizio Civile e componente dell’Esecutivo del Forum del Terzo Settore.

² L’Associazione Nazionale Pubbliche Assistenze ODV, in breve ANPAS ODV è un movimento nazionale unitario nato nel 1904 con il nome di Federazione Nazionale delle società di Pubblica Assistenza e di Pubblico Soccorso e come tale eretto in Ente Morale nel 1911 – autonomo, libero e democratico di aggregazione delle Pubbliche Assistenze italiane (Art.1 Statuto Nazionale ANPAS – ODV).

³ Con il concetto di “rete” mi riferisco ad ANPAS quale soggetto collettore multidimensionale, ovvero: – quale specifica categoria di Ente del Terzo Settore individuato dal D.lgs 117/17, art. 41 con funzione di coordinamento, tutela, rappresentanza, promozione o supporto degli ETS associati e delle loro attività di interesse generale, anche con lo scopo di promuovere ed accrescerne la rappresentatività presso i soggetti istituzionali; – quale soggetto aggregatore di associazioni di volontariato che si riconoscono nei principi e nei valori di uguaglianza, libertà, solidarietà, democrazia, gratuità, laicità, partecipazione sociale, mutualità, sussidiarietà e nelle finalità che mirano alla costruzione di una società più giusta e solidale; – quale soggetto riconoscibile e capillarmente diffuso nelle comunità territoriali del nostro Paese per le quali sempre più spesso, l’associazione territoriale di riferimento rappresenta un avamposto di assistenza, supporto e coesione.

elementi di fragilità che debbono spingere alla realizzazione d'interventi di adeguamento.

Il lavoro ambisce ad essere un contributo concreto per l'approccio e la gestione delle emergenze caratterizzate sempre più spesso da indeterminazione di cause, effetti, frequenze e periodicità.

Non quindi una mera narrazione celebrativa di quella che si potrà valutare come un'opera di straordinaria solidarietà umana e tecnica da parte dei volontari e collaboratori delle PA, ma soprattutto l'opportunità di analizzare un'esperienza d'intervento diretto sul campo, che ha coinvolto migliaia di volontari, sviluppatosi per oltre due anni su tutto il territorio nazionale, con modestissimi tempi di preparazione e procedure operative integralmente da riadattare alle specifiche circostanze.

L'osservazione e l'analisi dell'attività messa in atto dalle PA e del modello organizzativo della rete stessa è, senza dubbio, una fonte di grande valore pragmatico ed evocativo. Da un lato, essa può fornire accesso a moltissime competenze sia tecniche che organizzative che si sono sedimentate per oltre centocinquanta anni di storia, nel corso della quale le organizzazioni ANPAS hanno sempre offerto risposte alle comunità e ai singoli individui; dall'altro, la fonte esprime anche un contributo culturale ed educativo per il cittadino rispetto a quei Principi Fondamentali richiamati dalla Costituzione della Repubblica Italiana che pongono al centro la persona/il cittadino, a cui si assegnano diritti sia come singolo, sia come formazioni sociali, ma che contestualmente matura doveri collegabili ad una responsabilità pubblica, ovvero ad una cittadinanza attiva⁴.

Non è un caso infatti che la storia che porta dall'unificazione del nostro Paese fino alla costituzione della Repubblica si sviluppi in una sorta di parallelismo con il processo evolutivo delle Pubbliche Assistenze [Conti 2001; Mancini e Pignotti 2011]. In particolar modo emerge chiaramente come le associazioni di volontariato ANPAS, costituite dalla spontanea aggregazione di cittadini che, spinti da una forte vocazione al civismo, alla mutualità, alla partecipazione solidaristica e con l'ambizione di far maturare società più eque, abbiano garantito la presenza e capacità d'intervento nella quotidianità, ma anche nella straordinarietà manifestatasi nell'accadimento di eventi che potremmo definire eccezionali, di grande drammaticità e notevole impatto economico e sociale. Relativamente a quest'ultimo aspetto ed a comprova di quanto riferito, si veda la tabella n. 1 nella quale si riportano i principali interventi di protezione civile nei quali i volontari delle Pubbliche Assistenze ANPAS sono intervenuti nel corso degli ultimi sessanta anni circa.

⁴ Per un sintetico, ma efficace approfondimento sul concetto di "cittadinanza attiva" si veda Moro (2019).

Tab. 1⁵ – Emergenze alle quali hanno partecipato i volontari delle Pubbliche Assistenze

ANNO	EMERGENZA
1966	Alluvione di Firenze
1968	Terremoto in Sicilia
1968	Alluvione in Piemonte
1976	Guerra in Libano
1977	Terremoto in Romania
1980	Terremoto in Algeria
1980	Terremoto Irpinia
1983	Terremoto in Turchia
1983	Frana in Valtellina
1984	Terremoto in Abruzzo
1984	Strage del treno rapido 904 San Benedetto Val di Sambro
1985	Crollo della diga in Val di Fiemme
1985	Esondazione dei fiumi Parma e Enza in Emilia-Romagna
1985	Allarme sismico in Garfagnana e nel Modenese
1985	Emergenza neve in Liguria
1985	Emergenza farmaci in Colombia
1987	Maltempo in Toscana, Liguria, Emilia-Romagna e Marche
1988	Terremoto in Armenia
1988	Eventi guerra civile in Romania
1990	Terremoto in Sicilia
1990	Terremoto in Iran
1991	Alluvione a Campi Bisenzio (FI) e Quarrata (PT)
1991	Collisione della motonave “Moby Prince” a Livorno
1991	Aiuti alle popolazioni curde – emergenza Kurdistan
1991	Guerra civile in Albania: emergenza profughi (1991-1994)
1992	Eruzione dell’Etna
1992	Aiuti ex-Jugoslavia
1993	Terremoto in Turchia
1993	Sisma nel Comune di Pollina (Palermo)
1993	Alluvione di San Miniato (PI)
1993	Alluvione in Liguria
1994	Alluvione in Piemonte
1996	Alluvione in Versilia e Garfagnana
1996	Alluvione ad Omegna
1996	Alluvione a San Giovanni in Persiceto (BO)
1996	Alluvione a Crotone
1997	Eventi franosi nella penisola sorrentina: presidi sanitari
1997	Emergenza profughi albanesi

⁵ La tabella riporta esclusivamente gli interventi più significativi di protezione civile dall’anno 1966 all’anno 2022, rientranti nell’ambito dei sistemi Regionali e Nazionale di Protezione Civile. Il dato esposto, pur offrendo un’evidenza parziale rispetto al complessivo degli interventi eseguiti, permette di percepire in maniera ancor più significativa il dato nel corso del tempo e quindi di comprenderne la dimensione notevole.

1997	Emergenza rimpatrio bambini bielorussi
1997	Movimento franoso in località Niscemi (CL)
1997	Terremoto Marche-Umbria
1998	Alluvione nella provincia di Biella
1998	Emergenza profughi nella provincia di Enna
1998	Movimenti franosi in Campania
1999	Emergenza maltempo in Abruzzo
1999	Emergenza maltempo a Cervinara e San Martino Valle Cuadina (AV)
1999	Emergenza profughi in Kosovo: progetto Arcobaleno
2000	Alluvione in Piemonte
2000	Alluvione in Calabria
2001	Eventi sismici in Provincia di Arezzo
2002	Alluvioni in Provincia di Novara
2002	Emergenza nel Comune di Macugnaga
2002	Evento sismico a Palermo
2002	Emergenza maltempo all'Isola d'Elba
2002	Emergenza maltempo nel Comune di Pisa
2002	Emergenza "Sisma Molise"
2002	Emergenza Etna ed eventi sismici nel Catanese
2002	Emergenza maltempo in Piemonte e Lombardia
2002	Allertamento tsunami in Calabria e Sicilia
2003	Alluvione Termoli
2003	Emergenza vulcanica nell'arcipelago delle Isole Eolie
2003	Emergenza freddo a Pisa
2003	Aiuto popolazione Sisma Zona Bam (Iran)
2003	Emergenza maltempo a Taranto e provincia
2003	Emergenza maltempo a Catania e Siracusa
2003	Emergenza Blackout elettrico
2004	Emergenze connesse alle festività
2004	Evento sismico in Lombardia
2004	Emergenza maremoto in Sud-Est asiatico
2005	Emergenza neve Centro-Sud Italia
2005	Emergenza Santo Padre
2005	Ordigno bellico inesplosivo nel Comune di Formia
2005	Soccorso alla popolazione del Libano
2005	Terremoto in Pakistan
2006	Emergenza alluvione in Provincia di Vibo Valentia
2006	Emergenza neve in Basilicata
2007	Emergenza incendi boschivi nel Gargano
2008	Ordigno bellico inesplosivo a Salerno
2008	Emergenza esondazioni Tevere e Aniene
2009	Sisma in Abruzzo
2009	Emergenza nubifragio a Messina
2010	Emergenza ad Haiti

2011	Emergenza umanitaria in Nord Africa
2011	Emergenza maltempo in Sicilia, Toscana Liguria
2012	Terremoto in Nord Italia
2013	Terremoto in Alta Toscana
2015	Eventi idrogeologici in Campania
2016	Eventi idrogeologici in Liguria ed Emilia-Romagna
2017	Emergenza neve in Centro Italia
2018	Eventi idrogeologici in Veneto
2020	Emergenza Covid-19
2020	Eventi idrogeologici in Sardegna
2020	Eventi guerra in Ucraina

L'emergenza da Covid-19 si inserisce proprio nel contesto degli eventi eccezionali ed è stata, senza dubbio alcuno, un nuovo banco di prova per ANPAS e per le PA, ma anche per le politiche pubbliche. Se l'affrontare l'emergenza ha permesso oggi di poter iniziare a misurare la capacità di risposta della rete ANPAS, di verificare sul territorio la preparazione e la competenza dei volontari che nei vari ambiti dell'emergenza sono intervenuti, è stato altresì nuovamente evidente che la coesione sociale, il senso civico, l'attenzione verso le vicende d'interesse generale possono essere resi più forti anche attraverso l'azione svolta dalle associazioni di volontariato. Nelle organizzazioni come ANPAS la partecipazione delle persone si traduce in una crescita dell'abitudine personale e delle comunità territoriali alla corresponsabilità nelle azioni collettive, che determina un netto miglioramento delle politiche d'intervento pubblico [Putnam 2004; Andreotti 2009]⁶.

Alla luce di quanto detto, si svilupperà nel corso del testo una descrizione del modello organizzativo ANPAS, al fine di far ben comprendere quali siano le fondamenta organizzative del sistema (4.2. *Il modello organizzativo ANPAS*) per poi andare a descrivere i numeri e la varietà di interventi che il sistema delle PA ha messo in campo (4.3. *Volontari e pubbliche assistenze rispondono*). Si analizzeranno quindi le modulazioni che sono state applicate al modello organizzativo (4.4. *Debriefing dell'emergenza*) per trarne in conclusione delle argomentazioni utili in chiave prospettica (4.5. *Considerazioni conclusive – Oltre l'emergenza*).

⁶ Putnam [2004: 14] riferisce chiaramente che «*le reti sociali hanno un valore*» proprio nell'ottica della formazione del ben noto "capitale sociale" costituito da molteplici elementi, tra i quali la fiducia e la coesione sociale tra i membri di una comunità e di questi verso il sistema. In tal senso le Organizzazioni di Volontariato come la PA ANPAS rappresentano collettori di relazioni sociali in quanto aggregano attraverso la condivisione di valori e finalità persone che, nel loro agire civico, amplificheranno la consapevolezza di responsabilità collettiva.

4.2. Il modello organizzativo ANPAS

Nell'ottica di ben comprendere le azioni poste in atto dalla rete ANPAS nel corso dell'emergenza Covid-19 è opportuno che sia chiaro ed intellegibile il meccanismo attraverso il quale gli indirizzi e le scelte maturano, fino a tradursi in azioni concrete sul territorio, dove nascono i bisogni e dove la risposta offerta dalle PA diventa concreta e tangibile. In questo paragrafo ci soffermeremo quindi ad esporre una breve e sintetica descrizione del modello organizzativo di ANPAS proprio con la finalità di cui sopra.

L'Associazione Nazionale Pubbliche Assistenze è un'Organizzazione di Volontariato costituita alla propria base da Organizzazioni di Volontariato che aggregano persone fisiche, ovvero volontari e soci sostenitori che scelgono di sostenere attivamente (nel caso dei volontari) o attraverso contributi di varia natura (nel caso dei soci sostenitori) l'opera dell'associazione territoriale di riferimento e della rete ANPAS.

Le associazioni che richiedono di partecipare alla rete nazionale debbono possedere requisiti tecnico-organizzativi e valoriali conformi alle norme di legge, ai principi e alle finalità di ANPAS. Preventivamente sottoposte ad un lungo percorso di valutazione e verifica non solo documentale, ma anche diretta, le associazioni candidate vengono sottoposte nel corso del tempo a sistemi di monitoraggio che consentono la verifica del mantenimento dei requisiti di ingresso e degli eventuali adeguamenti necessari nel corso del tempo.

Le organizzazioni territoriali sono distribuite su tutto il territorio nazionale, in 20 Regioni, ovvero in 1.253 sedi operative⁷ (936 Pubbliche Assistenze e 317 sezioni). Per offrire una maggior percezione della capillarizzazione della distribuzione delle PA sul territorio del nostro Paese, si consideri che se si osservano i Comuni con popolazione residente superiore ai 10.000 abitanti, ovvero 1.206 Comuni ISTAT (2022), il numero delle sedi di associazioni territoriali ANPAS è di poco superiore⁸.

All'interno delle predette sedi operative ANPAS prestano la loro opera volontaria 102.318 volontari e sostengono le predette associazioni 506.611 soci [ANPAS 2021]. Nella loro operatività i volontari possono contare su circa 8.600 mezzi sanitari, di protezione civile e per il trasporto disabili, oltre

⁷ I dati si riferiscono alla data del 31/12/2021 e sono ricavabili dal Bilancio Sociale ANPAS 2021 liberamente accessibile dalla pagina WEB www.anpas.org.

⁸ È doveroso precisare che il dato non rappresenta una distribuzione perfetta tra Comuni con popolazione residente non inferiore a 10.000 abitanti e sedi di Pubbliche Assistenze; in taluni territori infatti troviamo una maggior concentrazione di sedi di PA (ad esempio nelle città metropolitane), o diversamente la presenza di sedi di PA in Comuni con popolazione inferiore a 10.000 abitanti. Tuttavia il dato è utile a comprendere il fortissimo radicamento territoriale delle PA anche in termini di popolazione raggiunta nell'esecuzione degli interventi quotidiani e non sui territori di riferimento.

a una vastissima gamma di attrezzature tecniche necessarie all'operatività nei vari ambiti di intervento.

ANPAS è organizzata su due livelli: nazionale e regionale (Comitati Regionali o Interregionali); entrambi i livelli sono dotati di autonomia giuridica e patrimoniale. I livelli regionali e interregionali rappresentano ANPAS sui propri territori di riferimento e realizzano gli obiettivi indicati dagli organismi nazionali. Le associazioni locali afferiscono al Comitato Regionale territorialmente di riferimento.

L'insieme dei vari livelli organizzativi si avvale della collaborazione di circa 4.500 collaboratori dipendenti impegnati nella segreteria nazionale, nelle segreterie regionali e nelle singole associazioni territoriali sia in attività di ufficio, sia in attività operative sul campo.

Le principali attività operative esercitate dalle Pubbliche Assistenze sono quelle di interesse generale di cui all'art. 5 del D.lgs 117/17. Principalmente si tratta di attività legate all'emergenza sanitaria, all'assistenza socio-sanitaria, alla protezione civile, alla formazione/educazione, all'ambito culturale e sportivo, alle politiche ambientali e all'attività internazionale che in taluni casi vengono declinate in maniera sartoriale nei territori sulla base delle specificità del bisogno e del contesto.

La tabella n. 2, riportata nella pagina seguente, riprende ed amplia la descrizione delle predette attività.

Il governo dell'organizzazione è caratterizzato da una dinamica dal basso verso l'alto (*bottom-up*), ovvero le Pubbliche Assistenze territoriali aderenti alla rete costituiscono l'Assemblea Nazionale e il Congresso Nazionale. La prima espleta, almeno una volta l'anno, le incombenze relative all'approvazione dei bilanci; il secondo, ogni quattro anni, ha il compito di eleggere gli organi di governo nazionali (Consiglio Nazionale, Collegio Nazionale dei Probiviri, Organo di Controllo Nazionale) ed elabora gli obiettivi dell'organizzazione. Il Consiglio Nazionale elegge al proprio interno il Presidente Nazionale e, su proposta di quest'ultimo, i Vicepresidenti e la Direzione Nazionale; ha funzione di attuazione delle delibere congressuali e assembleari, controlla l'attività dei Comitati Regionali e Interregionali e provvede all'ammissione ed esclusione delle associate e delle affiliate. Il Consiglio Nazionale, assieme alla Direzione Nazionale, promuove inoltre le Commissioni ed i Gruppi di Lavoro Nazionali per lo studio, l'approfondimento e l'organizzazione di temi specifici legati alle attività di ANPAS. Alla Direzione Nazionale sono invece demandate le funzioni di gestione e organizzazione finanziaria, la predisposizione dei bilanci e l'attuazione delle delibere del Consiglio Nazionale.

I Comitati regionali replicano il modello organizzativo delle strutture di governo nazionali facendo riferimento ad una base assembleare e congressuale che è costituita dalle sole associazioni di riferimento per uno specifico territorio regionale.

Tab. 2 – Ambiti di attività delle Pubbliche Assistenze

SANITARIO	Ambulatori, assistenza alle manifestazioni, assistenza ospedaliera, donazione sangue, donazione organi, emergenza sanitaria, protezione animali, soccorso piste, telesoccorso, trasporto sangue/organi, clownterapia, pronto soccorso psicologico, ambulatori veterinari, psicotraumatologia, test HIV, assistenza odontoiatrica, assistenza infermieristica, centri migranti.
MOBILITÀ	Trasporti per visite e riabilitazione, trasporto anziani, trasporto dializzati, trasporto disabili.
PROTEZIONE CIVILE	Antincendio, interventi emergenza e calamità, gruppi cinofili, psicologia dell'emergenza, prevenzione, ricerca di persone scomparse, campi scuola "Anch'io sono la protezione civile", campagna "Io non Rischio"
FORMAZIONE E EDUCAZIONE	Attività nelle scuole, comunicazione ed immagine, esercitazioni di protezione civile, formazione sicurezza nei luoghi di lavoro, formazione autisti, formazione sanitaria, formazione politica, gruppo Orso Soccorso, corsi utilizzo DAE, laboratori sugli stereotipi di genere, prove di evacuazione nelle scuole, corsi di igiene orale, corsi di prevenzione dal bullismo/cyberbullismo, sostegno scolastico.
SOCIALE	Assistenza domiciliare, attività ricreative, case famiglia, centri di accoglienza per migranti e profughi, centri di ascolto, centri diurni, onoranze funebri, inserimento sociale, riabilitazione fisico-terapica, teleassistenza, accoglienza lavoratori di pubblica utilità e messa alla prova, gestione di RSA e Centri Diurni per anziani, animazione nelle RSA, adozioni internazionali, banco alimentare, consegna farmaci a domicilio, gestione e cura cimiteriale, consultorio per persone LGBTIAQ, microcredito, sportello per donne vittime di violenza, sportello ascolto badante.
CULTURALE E SPORTIVO	Arte/Musica/Cinema, promozione del volontariato, centri di documentazione e biblioteche, educazione e promozione culturale, sport (ciclismo, calcetto, atletica leggera, pallavolo), tradizione e folklore, teatro, artigianato e riuso materiali, Florence Queer Festival.
POLITICHE AMBIENTALI	Educazione e recupero ambientale, organizzazioni convegni e manifestazioni, risparmio energetico, recupero cani vaganti.
INTERNAZIONALE	Istruzione/Formazione, Sanitario/Sociale/ Protezione Civile, Promozione del Volontariato, Sostegno/Sviluppo Imprese.

Il parallelismo tra le strutture di governo nazionale e quelle regionali permette un più fluido passaggio degli indirizzi, delle scelte e delle tematiche affrontate in sede nazionale verso i riferimenti regionali e sua volta verso le associazioni territoriali, ma contestualmente consente e facilita anche la presa in carico di problematiche intercettate a livello locale dalle singole associazioni. Le associazioni territoriali rappresentano infatti la porta di accesso della popolazione ad ANPAS, sia che si tratti di individui singoli, enti

o altri soggetti organizzati⁹; esse rappresentano degli avamposti che, mantenendo un legame attivo basato sulla fiducia con le comunità territoriali di riferimento, permette un'immediata percezione e una spiccata sensibilità rispetto alle necessità che si manifestano.

Il modello organizzativo descritto è ovviamente completato da un'ampia serie di attività poste in essere dalle strutture tecnico-operative del sistema, che rendono possibili il coordinamento e la messa in opera d'interventi nelle situazioni di preparazione, gestione e uscita dall'emergenza. Mi riferisco alle Commissioni ed ai Gruppi di Lavoro che, nominati dai Consigli e dalle Direzioni Nazionale e Regionali, permettono di gestire e modellare gli interventi in base alle specifiche circostanze. Alcuni esempi tra i molti che si potrebbero citare sono la Commissione Nazionale Protezione Civile e il Coordinamento Nazionale di Protezione Civile, la Sala Operativa Nazionale (SON) e le Sale Operative Regionali (SOR) e il Gruppo di Lavoro sulle Politiche Sociali, la Commissione Formazione e quella Servizio Civile.

4.3. Volontari e pubbliche assistenze rispondono

Conti rinviene, nello *Statuto-Regolamento per la compagnia volontaria di pubblica Assistenza. Alta protettrice S.M. la regina Margherita*, del 1878, una traccia di quello che si può considerare uno dei primi esempi di approccio al servizio richiesto ai militi volontari di una PA, in un'epoca ormai molto lontana da quella attuale e lo descrive come segue:

Per essere sempre in grado di offrire un adeguato servizio di soccorso e assistenza tutti gli iscritti al sodalizio erano tenuti a partecipare ogni domenica a esercitazioni pratiche e a istruzioni teoriche. Queste venivano impartite da medici, ingegneri, maestri di nuoto e di ginnastica, nonché da un graduato del corpo dei pompieri, e riguardavano le tecniche per arginare gli incendi oppure le alluvioni, i modi per adoperare il salvagente e per soccorrere le persone in pericolo di annegamento, quelli di sgombrare le macerie in caso di terremoti o frane, quelli infine per assistere correttamente i malati, specie gli affetti da malattie epidemiche [Conti 2001: 31-32].

È significativo osservare come, fin dalle origini delle prime PA, fosse chiarissimo che per esercitare le attività di soccorso e assistenza fosse necessario ricevere una preparazione e un idoneo addestramento operativo, affinché, laddove si presentasse una necessità, i volontari fossero pronti ad intervenire efficacemente. Ancor più interessante il riferimento all'assistenza alle persone affette da malattie epidemiche che richiama senza dubbio l'emergenza pandemica attuale.

⁹ Il tema verrà ripreso ed approfondito nel paragrafo 4.4.

Se quindi nel DNA delle Pubbliche Assistenze è chiaramente codificato che nel quotidiano si lavora preparandosi a gestire l'emergenza – nonché l'ormai lunghissima esperienza maturata sul campo con la partecipazione a centinaia d'interventi di scala internazionale, nazionale, regionale e locale – è altresì innegabile che l'emergenza Covid-19 abbia posto i consolidati modelli d'intervento e di governo di fronte a nuove sfide.

Ciò nonostante, come dimostreranno i dati che andremo ad esporre, i volontari delle PA ANPAS non hanno mai fatto mancare il loro impegno, anzi hanno garantito l'attività ordinaria e quella strettamente legata all'emergenza contingente. È molto significativo osservare come, l'esistenza di un evento emergenziale non sospenda di fatto la necessità di assistenza e soccorso quotidiani, ma agisca come elemento aggiuntivo a queste. Ciò vale anche nella fattispecie in esame nella quale, pur in presenza di una parziale riduzione di alcuni servizi ordinari derivante dalla minor circolazione di persone, ad esempio nei periodi di c.d. *lockdown*, i servizi di soccorso in ambulanza, di trasporto verso alcune strutture sanitarie, quelli di trasporto di sangue e organi, quelli di assistenza ai senza fissa dimora, ecc., sono stati regolarmente portati avanti e a questi se ne sono aggiunti altri derivanti da nuove necessità maturate nel corso di un'emergenza diffusa a livello globale e protrattasi per un lungo periodo, e derivanti dal mutare, ad esempio, delle condizioni socio-economiche e non solo sanitarie.

Il periodo di osservazione va dal mese di febbraio 2020 a marzo 2022, ovvero l'arco di tempo nel quale la pandemia ed i relativi provvedimenti del Governo Italiano hanno visto coinvolto e maggiormente impegnato il sistema.

In questo periodo sono state direttamente coinvolte nella gestione dell'emergenza la quasi totalità delle Pubbliche Assistenze presenti sul territorio: di queste circa il 65%¹⁰ ha svolto attività rientranti sotto l'egida del Servizio Nazionale della Protezione Civile¹¹. In numeri assoluti circa 600 PA ogni anno sono intervenute con attività di servizio strettamente connesse all'emergenza in corso.

I volontari che hanno operato in questo periodo, dedicati all'emergenza in corso, sono stati circa 22.200, realizzando attività che nell'insieme ammontano a 355.000 giorni/uomo. A queste vanno aggiunte le attività portate avanti dai collaboratori dipendenti delle Pubbliche Assistenze, che ovviamente non fanno parte di questo conteggio, e quelle dei moltissimi giovani che, all'esplosione della pandemia, si trovavano a svolgere attività legate ai

¹⁰ Fonte: database della Sala Operativa Nazionale ANPAS.

¹¹ Ci si riferisce qui al concetto di Sistema Nazionale della Protezione Civile, ovvero alle funzioni attribuite al sistema integrato composto da strutture pubbliche e private, centrali e territoriali che agiscono in base a quanto disposto oggi con il D.lgs n.1 del 2018 c.d. Codice della Protezione Civile.

progetti di Servizio Civile nazionali e regionali¹²; si consideri che ANPAS ha ospitato nel corso degli ultimi due anni circa 6.000 giovani.

Considerando il grande stress derivante dalla particolare condizione di operatività, conseguente alla necessità di approcciarsi ad una malattia inizialmente sconosciuta, diffusa su scala globale, con grande capacità di diffusione, e la necessità di mettere in sicurezza i volontari che potevano risultare più fragili rispetto alla malattia (anziani, persone appartenenti a nuclei familiari che ospitano persone fragili, persone affette da malattie, ecc.), ci si potrebbe aspettare una progressiva riduzione dell'attività dei volontari con il trascorrere del tempo, ma ciò non è avvenuto. Infatti, confrontando i dati sia relativamente al numero di volontari in servizio (+28%), sia relativamente alle giornate di attività (+35%), si osserva un dato in sensibile crescita (grafico n. 1).

Grafico 1 – Impegno dei volontari nel tempo



Fonte: database della Sala Operativa Nazionale ANPAS – elaborazione dell'autore

Si è accennato in precedenza a nuovi bisogni indotti dalla situazione pandemica riferendosi sia alle contingenze strettamente legate all'emergenza sanitaria, ma anche a quelle derivanti dal repentino cambiamento delle condizioni socio-economiche. Se da un lato è piuttosto ovvio pensare che

¹² Come riferito dall'Ufficio Nazionale Servizio Civile di ANPAS, una particolare menzione va riservata ai giovani del Servizio Civile che, nel corso del primo anno di pandemia, pur potendo di fatto sospendere il servizio, hanno per la maggior parte confermato il loro impegno garantendo servizi essenziali nell'ambito dell'assistenza alle loro comunità.

un'emergenza di carattere originariamente sanitario comporti interventi legati alla cura e al soccorso di pazienti, meno immediato è il pensare che elementi quali ad esempio la parziale privazione della socialità, il repentino impoverimento economico, le difficoltà di accudimento di bambini, anziani e anche di animali domestici, la difficoltà di accesso ad alcuni servizi di cura e assistenza primaria, la riduzione della libera circolazione delle persone, la forzata e prolungata convivenza delle persone e molto altro, possano aver generato una grande varietà di nuovi bisogni ai quali era necessario fornire delle risposte in tempi brevi. Si pensi ad esempio alla necessità di sostegno psicologico, alle azioni di intercettazione e contrasto ad episodi legati a violenze domestiche, ai bisogni alimentari primari, all'accudimento quotidiano degli animali domestici in presenza di persone poste in quarantena, al sostegno alimentare in presenza di condizioni economiche disestate, all'acquisto di farmaci, le difficoltà di accesso ai servizi pubblici collocati su piattaforme informatiche, ecc.

Osservando l'elenco delle attività realizzate nel corso dell'emergenza dai volontari della PA ANPAS, si potrà facilmente realizzare che l'intervento ha investito sia l'ambito sanitario che quello sociale, rispondendo a moltissime delle nuove necessità (tabella n. 3).

Tab. 3 – Attività realizzate dai volontari delle Pubbliche Assistenze ANPAS

AMBITO SANITARIO	AMBITO SOCIALE
Trasporto malati Covid-19	Spesa domiciliare
Realizzazione e gestione centri per tamponi	Spesa farmaci
Realizzazione e assistenza tamponi domiciliari	Assistenza animali domestici
Realizzazione e assistenza tamponi scolastici	Assistenza accessi presso stazioni e aeroporti
Realizzazione e assistenza tende triage	Distribuzione dispositivi di protezione individuale
Realizzazione dispositivi protezione individuale	Supporto per l'accesso ai servizi informatici
Realizzazione e gestione centri vaccinali	Supporto psicologico
Trasporto presidi sanitari	Sostegno nella didattica a distanza
Presidi nelle strutture protette o di accoglienza	Prestito sociale
Radiologia domiciliare	Attività ricreative a distanza per bambini
Infermieristica domiciliare	Assistenza senza fissa dimora
Telemedicina	Assistenza disabili

Nel periodo pandemico, il 76% delle associazioni ANPAS ha realizzato nuovi servizi strettamente connessi all'emergenza¹³. I nuovi servizi in questione sono stati rivolti proprio a quelle categorie in precedenza esemplificate che rappresentavano nelle circostanze emergenziali i primissimi soggetti che necessitavano di sostegno (grafico n. 2).

Grafico 2 – Destinatari di nuovi servizi



Fonte: ANPAS Gruppo politiche sociali – elaborazione dell'autore

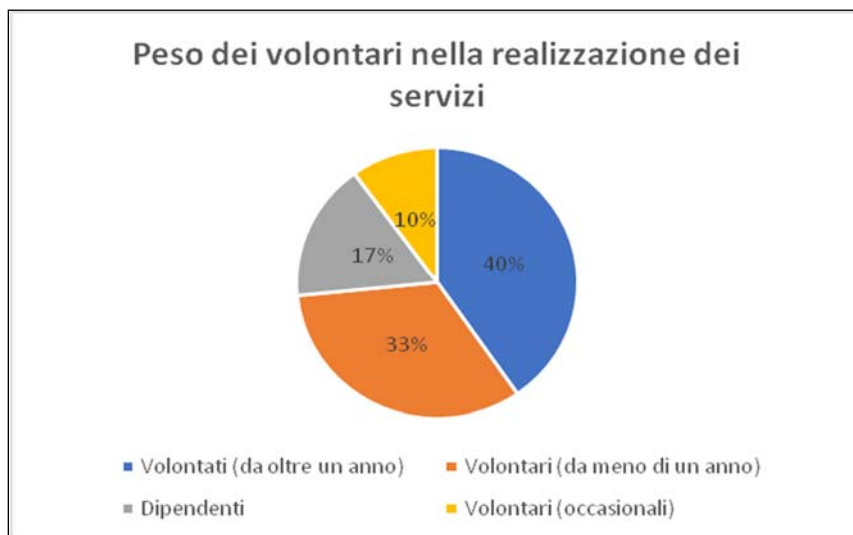
Si potrà facilmente osservare che le categorie di cui al grafico n. 2 sono costituite da persone, ovvero da soggetti che rappresentano una parte della base sociale delle comunità territoriali, con le quali quindi le PA ANPAS hanno senza dubbio rinnovato anche in queste occasioni una relazione fiduciaria. Quanto appena affermato è confermato anche dal fatto che, nell'83% dei casi, queste nuove attività sono state realizzate grazie all'impegno diretto e assolutamente prevalente di volontari (grafico n. 3).

Indagando le spinte che hanno indotto le organizzazioni territoriali a realizzare questi servizi, si osserva che la molteplicità di motivazioni evidenziate dalle stesse associazioni mostra come esse assolvano sui territori a quella funzione di presidio in grado di intercettare direttamente, attraverso

¹³ I dati che seguiranno sono stati ricavati da una ricerca sul campo condotta nei mesi da marzo a maggio 2021 dal Gruppo di lavoro nazionale Politiche Sociali. La ricerca, il cui scopo era quello di monitorare le attività delle Pubbliche Assistenze nel corso della pandemia, relativamente agli interventi di carattere sociale, con un universo di riferimento rappresentato da 937 Pubbliche Assistenze, delle quali hanno risposto in tempo utile 766 associazioni.

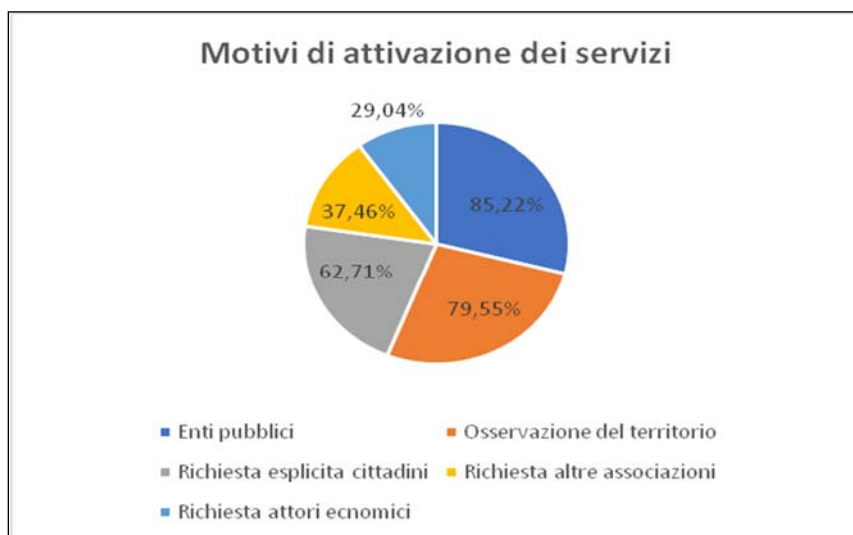
l'interlocuzione con l'ente pubblico ed il contatto diretto con gli attori individuali o economici, i bisogni dei cittadini (grafico n. 4).

Grafico 3 – Incidenza dei volontari nella realizzazione dei servizi



Fonte: ANPAS Gruppo politiche sociali – elaborazione dell'autore

Grafico 4: Motivi di attivazione dei servizi



Fonte: ANPAS Gruppo politiche sociali – elaborazione dell'autore

4.4. Debriefing dell'emergenza

L'emergenza Covid-19 ha rappresentato per il sistema ANPAS, così come generalmente a livello globale, una nuova esperienza di gestione di evento eccezionale. La pandemia ha nuovamente evidenziato quanto sia importante valutare costantemente i rischi a cui un sistema (si intenda anche la società) è sottoposto e conoscere le risorse a cui esso ricorre per mantenersi in equilibrio ed evolversi [Mancini 2016; Adger 2000].

Nella fattispecie l'emergenza è stata caratterizzata da elementi che hanno notevolmente impattato sull'elaborazione della risposta da parte di quei soggetti, come ANPAS e le sue associate, che erano chiamati a dare il proprio contributo. I tratti peculiari di questa emergenza sono sintetizzati nel seguente elenco:

- coinvolgimento simultaneo di molti ambiti diversi quali la salute, la socialità, l'approvvigionamento di risorse, l'accudimento dei più fragili, le risorse primarie, la riorganizzazione logistico-funzionale dei luoghi deputati alla cura, all'assistenza e al soccorso, ecc.;
- una diffusione a livello pandemico che ha visto tutti impegnati sui propri territori rendendo difficilissimo l'accesso a risorse esterne (nazionali e non);
- il lungo arco di impegno temporale;
- il coinvolgimento diretto delle risorse umane deputate all'assistenza nell'evento emergenziale e la conseguente progressiva riduzione delle stesse causata da eventi di contagio o quarantena;
- la parziale insufficienza delle risorse materiali.

I volontari catapultati in questo nuovo scenario si sono trovati, rispetto al passato e ad altre tipologie di eventi eccezionali, a vestire i panni dei soccorritori e delle vittime. D'altro lato la rete, di cui essi fanno parte, ha cercato di proteggere la propria ricchezza più grande tentando, al contempo, di non venir meno alla vocazione al soccorso, all'assistenza e alla sussidiarietà pubblica a cui è finalizzata.

ANPAS ha messo in opera un ampio ed eterogeneo intervento, che potremmo definire multilivello, e che, con non poche difficoltà, ha cercato di porre in equilibrio le peculiarità sopra elencate che nel loro insieme rappresentano la specifica criticità generata dall'emergenza.

Oltre a mettere in campo le risorse quantitativamente importanti descritte al paragrafo 4.2., grazie alla vicinanza con i contesti territoriali di riferimento garantita dalle associazioni locali, ha potuto intercettare con tempestività i nuovi bisogni elaborando, con grande flessibilità e capacità di adattamento, strategie di risposta alle contingenti necessità emerse rielaborando e creando *ex novo* servizi aggiuntivi.

Le strutture di governo di ANPAS hanno fin da subito percepito l'esigenza di rafforzare lo scambio d'informazioni tra i propri livelli interni, ma anche con quelli esterni, ponendo in atto alcune azioni correttive rispetto agli standard con cui altri tipi di grandi emergenze venivano gestite.

Il 25 febbraio 2020, su impulso della Direzione Nazionale è stata costituita l'Unità di crisi nazionale ANPAS per il contenimento e la gestione dell'emergenza epidemiologica in corso, composta dall'Ufficio di Presidenza, dal Coordinamento Nazionale di Protezione Civile ANPAS e dalla Sala Operativa Nazionale ANPAS. Abitualmente le grandi emergenze (terremoti, alluvioni, ecc.) vengono coordinate attraverso azioni operative dirette da parte delle funzioni tecniche preposte, tra le quali appunto i Coordinamenti PC, la SON e la SOR che, mantenendo i principi organizzativi e gestionali e riferendo agli organi di governo della rete, articolano il dispositivo di risposta all'emergenza fino al superamento della stessa. Nella fattispecie è stata percepita la necessità di creare strategie multilivello che, sul piano della comunicazione, della gestione operativa, del monitoraggio, delle scelte strategiche e relativamente all'analisi delle esigenze dei singoli territori permettessero un'ampia distribuzione dei compiti, ma soprattutto la realizzazione di un canale costantemente aperto con la parte politica della rete sul livello regionale e locale (Comitati Regionali e Associazioni) e con i vari livelli istituzionali (Ministeri, Dipartimenti, Regioni, Comuni, Aziende Sanitarie, ecc...) ¹⁴. L'Unità di Crisi Nazionale ha raccolto al proprio interno le funzioni che hanno potuto garantire questi indispensabili flussi.

L'azione è stata poi amplificata tramite un consistente aumento della periodicità dei lavori della Conferenza dei Presidenti dei Comitati Regionali (organo non codificato statutariamente per ANPAS). Attraverso la quale è stato possibile mettere a fattor comune le complessità dei diversi territori che, come a tutti noto, hanno avuto uno sviluppo dell'emergenza non sempre allineato cronologicamente e nel merito dei problemi emergenti. Questo ha permesso di "catalogare" alcune delle soluzioni e criticità al fine di prevenire o anticipare dove ancora non si erano manifestate ¹⁵.

¹⁴ Esemplificando potremmo prendere in esame la questione dell'accesso prioritario alle vaccinazioni per i soccorritori, trattandosi di operatori costantemente esposti al rischio intervenendo in prima battuta sui pazienti sui territori, e per la quale sono state necessarie interlocuzioni a varia scala. Ma ancora il reperimento dei dispositivi di protezione individuale (DPI) e delle relative risorse, la creazione di percorsi formativi di aggiornamento sulla gestione del rischio biologico da somministrarsi in modalità alternative rispetto ai corsi in presenza e molto altro. A questo proposito si vedano i dati illustrati nel capitolo 10 del presente volume.

¹⁵ Esemplificando si consideri l'esigenza di organizzare dei centri per l'esecuzione dei tamponi o successivamente i centri vaccinali, modalità che ha coinvolto le associazioni locali in tempi diversi da Regione a Regione. Il costante scambio ha permesso di condividere modelli organizzativi sui vari territori che sono stati poi riadattati alle specifiche esigenze locali.

4.5 Considerazioni conclusive – Oltre l'emergenza

Quanto descritto nei precedenti paragrafi chiarisce come ANPAS, attraverso il proprio modello organizzativo, rappresenti effettivamente un attore sociale che, ponendo in rete i centri nodali rappresentati dai Comitati Regionali e dalle associazioni locali, garantisce il contatto diretto con i territori in grado di elaborare e mettere in campo risposte sia in circostanze ordinarie che straordinarie. La gestione dell'emergenza Covid-19 ha permesso di verificare come questa organizzazione contribuisca all'esigenza di consolidamento della fiducia e della coesione sociale tra i membri di una comunità e di questi verso l'interesse pubblico, verso la responsabilità collettiva.

La diffusione capillare sul territorio attraverso la presenza di organizzazioni locali di base, costituite per iniziativa delle comunità territoriali nel corso di oltre 150 anni – come luoghi aperti, inclusivi, raggiungibili dai vari attori sociali, nei quali si realizzano punti di ascolto, trasformandosi in fucine di elaborazione di soluzioni competenti e dove è possibile anche essere direttamente coinvolti – costituisce la base identitaria delle Pubbliche Assistenze ANPAS.

Tutto ciò ha reso possibile un'articolata risposta a questa complessa crisi pandemica.

Emerge chiaramente come i concetti di prossimità e partecipazione offrano maggiori garanzie rispetto ad interventi calati dall'alto che il cittadino tende a percepire come lontani e soprattutto a dare per scontati, riducendo nel corso del tempo la consapevolezza circa il necessario impegno di comunità per il raggiungimento di una società più equa ed efficiente.

L'emergenza Covid-19 ha permesso di riaffermare concretamente come ANPAS rappresenti oggi un interlocutore preparato e affidabile e come l'organizzazione e le articolazioni locali siano da sempre in grado di porsi nell'alveo delle organizzazioni del Terzo Settore che espletano una funzione di collegamento tra azione pubblica ed iniziativa privata. In tale senso si cadrebbe in errore laddove si volesse interpretare questo posizionamento come mero elemento di esecuzione di servizi in alternativa a quanto richiesto alla funzione pubblica, bensì occorre leggere questo ruolo nell'ottica di una sussidiarietà concreta che parte dall'intercettazione del bisogno (attività percepita dai cittadini sempre più distante rispetto all'azione dell'istituzione pubblica), per arrivare ad un concreto coinvolgimento delle organizzazioni di questo tipo nell'elaborazione di piani e progetti nell'ambito del welfare, della mutualità, della salute ed in generale delle funzioni di prossimità al cittadino.

Porsi l'obiettivo di accrescere la diffusione della cultura del volontariato, sia nella partecipazione attiva che nel sostegno a queste organizzazioni, rappresenta una strategia d'intervento che le Istituzioni del nostro Paese dovrebbero adottare anche nel tentativo di arginare la sempre più evidente crisi di

coinvolgimento del cittadino rispetto ai temi che si collocano nell'ambito dell'interesse pubblico.

Tra le molte emergenze del prossimo futuro, se non già in atto, potrebbe esserci proprio la crisi delle “vocazioni” al volontariato che andrebbe ancor più ad inaridire una già difficilissima interlocuzione con il cittadino e ad inasprire la percezione di assenza d'intervento pubblico nei problemi quotidiani delle persone e della società.

Riferimenti bibliografici

- Adger W.N. (2000), *Social and Ecological Resilience: are they related?*, «Progress in Human Geography», n. 24, 347-367.
- Andreotti A. (2009), *Che cos'è il capitale sociale*, Carocci, Roma.
- ANPAS (2018), *Statuto nazionale ANPAS – ODV* (modificato dal 53° Congresso nazionale), Roma.
- ANPAS (2022), *Bilancio sociale 2021*, <https://www.ANPAS.org/chi-siamo/bilancio-sociale.html>.
- ANPAS Gruppo di lavoro nazionale Politiche Sociali (2021), *Monitoraggio Pubbliche Assistenze*.
- Commissione Europea Direzione Generale per l'Occupazione, gli Affari Sociali e l'Inclusione (2014), *Economia Sociale e imprenditoria sociale*, «Social Guide», n. 4. http://www.governo.it/sites/governo.it/files/air_impresa_sociale.pdf
- Conti F. (2001), *Cultura Civica e patriottismo – Storia della Fratellanza Militare di Firenze 1878-1967*, Marsilio, Padova.
- Donati F., Sanchini F. (2019), *Il Codice del terzo settore – Commento al d.lgs. 3 luglio 2017, n.117 e ai decreti attuativi*, Giuffrè Francis Lefebvre, Milano.
- Fratellanza Militare Vittorio Emanuele (1878), *Statuto-Regolamento per la compagnia volontaria di pubblica Assistenza. Alta protettrice S.M. la regina Margherita*, Salani, Firenze.
- ISTAT (2022), *Classificazioni statistiche e dimensione dei comuni*, www.istat.it.
- Mancini N. (2016), *Danni alle persone e beni in contesto di calamità naturale: il profilo assicurativo*, Servizio Protezione Civile Comune di Firenze, Firenze.
- Mancini N., Di Delupis F., Pisanelli P., Di Nota T. (2016), *Pre-hospital / emergency department handover in Italy*, «Internal and emergency medicine», n. 10, Issue 1, 63-72.
- Mancini N., Di Delupis F., Ruggeri M., Pisanelli P. (2020), *Perceptions of emergency department triage nurses about prehospital emergency rescuers in Italy: a latent threat to clinical handover*, “Journal of Patient Safety”: March 2020 - Volume 16 - Issue 1 - p e34-e38.
- Mancini R., Pignotti M. (2011), *Una nazione da inventare*, Nerbini, Firenze.
- Moro G. (2019), *Che cos'è la cittadinanza attiva?*, «Il Mulino», <https://www.rivistailmulino.it/a/cos-la-cittadinanza-attiva>.
- Putnam R.D. (2004), *Capitale sociale e individualismo. Crisi e rinascita della cultura civica in America*, il Mulino, Bologna.

Vegni F. (2019), *Oltre la solidarietà. La Federazione Nazionale delle Pubbliche Assistenze 1970-1991*, Edizioni Unicopli, Milano.

Norme e decreti

Presidente della Repubblica Italiana (2017), *Decreto Legislativo 3 luglio 2017 n. 117 e successivi aggiornamenti*, «Gazzetta Ufficiale», n. 179, supplemento ordinario n. 43 del 02/08/2017.

Presidente della Repubblica Italiana (2018), *Decreto Legislativo 2 gennaio 2018 n. 1*, «Gazzetta Ufficiale», n. 17 del 22/01/2018.

Parte II

5. Metodologia della ricerca

di *Alessandro Fabbri*

La ricerca ha preso avvio all'inizio del mese di maggio 2021, quando gli autori della presente monografia hanno contattato la *leadership* nazionale di ANPAS per proporre una collaborazione scientifica finalizzata al raggiungimento di due scopi: anzitutto tracciare un identikit sociale della popolazione costituita da operatrici ed operatori volontari delle Pubbliche Assistenze, ed in secondo luogo rilevare l'impatto fisico, psicologico e sociale della pandemia su di essi.

Nel corso dell'interlocuzione l'approccio metodologico quantitativo è stato identificato come il più opportuno, sia per l'esperienza pregressa degli autori nelle ricerche sul Terzo Settore, sia per l'esistenza di alcuni studi rivolti al mondo delle pubbliche Assistenze che hanno costituito una sia pur ristretta base di conoscenze dalle quali partire, sia infine per i numerosi esempi di ricerche compiute mediante il lancio di *web survey* sul mondo degli operatori sanitari dallo scoppio della pandemia (si veda il capitolo 2). È stata anche presa in considerazione la possibilità di svolgere – in un secondo tempo – alcuni approfondimenti qualitativi, attraverso la realizzazione di interviste faccia a faccia e/o *focus group*, al fine di sviluppare le risultanze emerse dall'indagine quantitativa.

In primo luogo è stato quindi costituito un *gruppo di lavoro*, strutturato in modo da realizzare un felice *mix* fra competenze accademiche ed *expertise* interna. Il gruppo è stato infatti composto dagli autori, sociologi del welfare con specializzazione sul Terzo Settore (ed in particolare nello studio di Reti Associative Nazionali quale è ANPAS), e da dirigenti appartenenti ad ANPAS: il Segretario Generale; il Presidente di ANPAS Lombardia; una Consigliera Nazionale e psicologa; due membri della Segreteria generale.

Il gruppo ha tenuto numerose riunioni *online* fra maggio e giugno 2021, allo scopo di tradurre la domanda di ricerca in un questionario coerente, pertinente ed equilibrato fra domande relative a dimensioni squisitamente individuali (fisici e psicologici) e dimensioni sociali e relazionali (oltre ai dati socio-anagrafici, l'attività di volontariato svolta, la vita familiare, sociale e lavorativa ed il supporto fornito da ANPAS).

Nel merito, le domande relative alle prime dimensioni sono state preferibilmente strutturate come batterie con scale Likert a 6 punti, mentre quelle relative agli altri aspetti principalmente come domande dicotomiche, a risposta multipla e, in alcuni casi, aperte. Le competenze specifiche di ciascun membro del gruppo (sociologiche, psicologiche, amministrative, comunicative ed “esperienziali”) sono state valorizzate durante ogni seduta mediante discussioni aperte: grazie ad esse, sono state realizzate diverse stesure del questionario fino a giungere ad una struttura finale, sulla quale è stato raggiunto un accordo unanime.

Il questionario è stato quindi costruito con l’ausilio di Google Drive e testato dai membri del gruppo di lavoro prima dell’avvio della rilevazione. La sua struttura finale si è articolata in 54 domande, suddivise nelle seguenti otto sezioni:

0. Sezione introduttiva (5 domande)
1. Volontariato durante la pandemia (10 domande)
2. Dimensione fisica (2 domande)
3. Dimensione psicologica (8 domande)
4. Relazioni familiari e amicali (7 domande)
5. Relazioni lavorative (3 domande)
6. Supporto fornito dall’associazione (5 domande)
7. Dati sociodemografici (14 domande)

Nella *sezione introduttiva*, si chiedeva di indicare la Regione di appartenenza, la Pubblica Assistenza di riferimento, la Provincia ed il Comune di ubicazione di quest’ultima e l’ondata della pandemia di maggior coinvolgimento (la scelta possibile al momento era fra la prima e la terza).

La sezione 1 era dedicata alla raccolta di dati sulle attività di volontariato svolte durante la pandemia, il numero di ore svolte in media settimanalmente, l’eventuale contagio subito personalmente, dalla propria famiglia o da colleghi/e, l’eventuale decesso di alcuni fra questi ultimi o fra persone assistite, l’eventuale allontanamento dalla famiglia o l’eventuale interruzione dell’attività di volontariato e, in caso affermativo, per quali motivi.

Tutte le rilevazioni rispetto agli stati fisici, psicoemotivi, relazionali e sociali delle successive sezioni erano limitate a quelle attribuibili all’attività di volontariato, raccomandando di fare riferimento al periodo della pandemia più sentito rispetto a tale attività.

Nella sezione 2 erano indicati, quali item della prima domanda, alcuni più comuni *disturbi fisici* correlati allo stress. Si tratta di disturbi conseguenti alla prolungata attivazione dell’asse ipotalamo-ipofisi-surrene, già descritta nel capitolo 1, che interferisce con le consuete funzioni neurovegetative del soggetto.

Sono compresi nei criteri diagnostici del disturbo da stress post-traumatico [APA 2014: 314] e nei sintomi di *arousal* del disturbo da stress acuto [ivi: 326] del DSM5 e in quelli dell'ICD-10 per le reazioni a gravi stress e sindromi di adattamento [OMS 1996: 156, 158].

Si è quindi scelto di selezionare i disturbi più comuni per snellezza del questionario e soprattutto per il carattere inedito ed esplorativo della ricerca sui volontari ANPAS, con la richiesta di dare una quantificazione della frequenza in cui si erano, eventualmente, presentati; un item aperto permetteva di indicare altri disturbi non in elenco.

La sezione 3 esplorava le principali alterazioni di tipo *psicoemotivo, cognitivo e relazionale*, tipicamente riscontrate negli effetti della traumatizzazione psicologica e dello stress. Come per la sezione 2, questi indicatori sono coerenti con i criteri diagnostici del DSM5 [APA 2014: 314-317, 325-326] e con la classificazione dell'ICD-10 [OMS 1996: 155-158], sebbene la raccolta di queste autovalutazioni non abbia alcun intento diagnostico, ma appunto soltanto di carattere esplorativo. Anche in questo caso veniva data la possibilità di quantificare la frequenza e di rispondere ad una domanda aperta su altri eventuali sintomi.

Ipotizzando in alcune caratteristiche dell'attività di volontariato una delle potenziali fonti di protezione dagli effetti negativi dello stress, in questa sezione sono state inoltre indagate e valutate la presenza e la frequenza di emozioni positive in relazione al servizio svolto.

Infine, cinque quesiti erano destinati all'effetto della disponibilità di tamponi e dei primi vaccini, come fattori protettivi contestuali con eventuali ricadute sull'equilibrio psicologico dei soggetti.

La sezione 4 si apriva con una domanda sull'eventuale influsso negativo della pandemia sulle *relazioni familiari*, o su altre situazioni; e proseguiva con domande su: le possibili ragioni di tali difficoltà o altre ragioni, l'atteggiamento prevalente della propria famiglia rispetto al volontariato svolto, eventuali quarantene obbligatorie rese necessarie da tale attività e, in caso affermativo, l'impatto di esse sul nucleo familiare.

Le domande della sezione 5 erano dedicate anzitutto all'autovalutazione delle dimensioni dell'*ambito lavorativo* al termine del primo *lockdown*, all'indicazione dei motivi di eventuali difficoltà ed all'indicazione di eventuali trattamenti iniqui subiti a causa dell'attività di volontariato. Queste domande erano tuttavia differenziate per chi era stato coinvolto maggiormente a livello fisico e psicologico dalla prima, oppure dalla seconda e dalla terza ondata della pandemia.

Nella sezione 6 invece è stato anzitutto chiesto di valutare la gravità di alcune difficoltà connesse allo svolgimento dell'attività di volontariato, nonché di indicarne altre liberamente. La sezione proseguiva con domande volte a rilevare: le forme di supporto avute dalla propria Pubblica Assistenza di

riferimento, con più scelte possibili; il giudizio di soddisfazione complessiva su tale supporto.

Infine, una domanda a risposte aperte mirava a raccogliere suggerimenti, da parte degli intervistati, finalizzate migliorare, dal punto di vista organizzativo, le azioni di sostegno rivolte ai volontari, in base alla propria esperienza diretta vissuta durante il periodo pandemico.

L'ultima sezione comprendeva, infine, le classiche domande di carattere socio-demografico: età, genere, titolo di studio, condizione occupazionale attuale, professione attuale, situazione di coabitazione attuale, nucleo familiare, eventuale presenza di minorenni. Più una serie di quesiti volti a rilevare: la durata dell'affiliazione ad una Pubblica Assistenza, le ore settimanali di volontariato svolte in media prima della pandemia, l'eventuale attività di volontariato svolta precedentemente all'ingresso in una Pubblica Assistenza, le eventuali altre affiliazioni ad Enti di Terzo Settore e, infine, la concezione religiosa.

La rilevazione si è svolta attraverso una *web survey*, ossia si è stata realizzata mediante la tecnica CAWI [Lombi 2015: 20-21]. Il tipo di campionamento scelto è stato non probabilistico [Corbetta 2015: 55], come per molte delle *survey* menzionate nei precedenti capitoli 1 e 2. Più in dettaglio, il *link* al questionario è stato apposto in calce ad una *e-mail* circolare diretta da ANPAS a tutte le 941 Pubbliche Assistenze aderenti nell'anno 2021, che a loro volta hanno inoltrato tale missiva ai rispettivi volontari.

Circolare e *link* sono stati inoltre pubblicati sulla pagina Facebook di ANPAS Nazionale, su Instagram "stories" e su Twitter. Pertanto, seguendo la classificazione di Lombi sul campionamento non probabilistico delle *survey* online, si è trattato di una *web survey* in parte basata «sull'autoselezione dei rispondenti [...] (di fatto, sono campioni di convenienza)» [Lombi 2015: 31] ed in parte diffusa «a mailing list già disponibili, a cui non si applica nessuna operazione di selezione/sorteggio» [ivi: 32].

Il *link* era preceduto da una lettera ufficiale co-firmata dal presidente nazionale di ANPAS e da uno degli autori, direttore scientifico della ricerca. In essa si illustravano le finalità dell'iniziativa e si chiedeva la collaborazione degli operatori volontari *frontline* di tutte le Pubbliche Assistenze. Il questionario inoltre era a sua volta preceduto da un breve capoverso introduttivo, nel quale si esplicitava il trattamento in forma anonima dei dati raccolti. Il consenso informato è stato garantito da una domanda finale, nella quale si è richiesta un'esplicita autorizzazione alla conservazione ed al trattamento dei dati, ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. 196/2003).

La rilevazione ha avuto inizio il 5 luglio 2021. Dopo una ventina di giorni (il 26 luglio) è stato inviato un sollecito via e-mail. L'accesso al questionario è stato chiuso definitivamente il 31 agosto.

Il campione finale è risultato essere piuttosto numeroso. Alla chiusura della rilevazione infatti risultavano compilati ben 2.689 questionari, ossia circa il 3% del totale delle volontarie e dei volontari attivi nelle Pubbliche Assistenze. Si tratta di un numero altamente significativo rispetto all'universo (o popolazione) di riferimento, anche se non rappresentativo in termini strettamente statistici. Si veda il confronto universo/campione sulla base delle due principali variabili socio-demografiche – genere ed età – nelle tabelle 1 e 2.

Tab. 1 – Rapporto fra universo e campione secondo il genere (in %)

Genere	Popolazione	Campione	Differenza
Uomini	59,9	55,3	-4,6
Donne	40,1	44,4	+4,3
Altro	/	0,3	+0,3
Totale	90.517	2.689	/

Come si può osservare, tra i rispondenti il genere femminile risulta essere sovra-rappresentato rispetto a quello maschile di 4,5 punti percentuali. Fra le classi di età si registra una maggiore incidenza della classe 46-60, a scapito delle classi 26-35 ed *over* 61, che sono sotto-rappresentate, rispettivamente, di 2 ed oltre 5 punti percentuali.

Tab. 2 – Rapporto fra universo e campione secondo le classi di età (in %)

Classe di età	Popolazione	Campione	Differenza
0-25	17,8	17,7	-0,1
26-35	18,6	16,7	-1,9
36-45	17,6	17,1	-0,5
46-60	24,1	31,9	+7,8
oltre 61	21,9	16,6	-5,3
Totale	90.517 ¹	2.689	/

A ciò occorre aggiungere una precisazione sulla provenienza territoriale dei rispondenti. Circa la metà risiede nelle regioni del Nord-Ovest, un quarto in quelle del Nord-Est, e il restante quarto si distribuisce tra Centro, Sud e Isole. Si rilevano quindi, rispetto alla distribuzione complessiva dei volontari

¹ Secondo il bilancio sociale 2020, al 31 dicembre di quell'anno i volontari ANPAS erano 101.459 [ANPAS 2020: 21], ma per circa 10.000 di essi non è stato possibile reperire i dati relativi alle tre variabili socio demografiche summenzionate. La popolazione considerata corrisponde quindi a coloro per i quali tali dati erano disponibili al momento dell'avvio della ricerca.

ANPAS, un significativo sovradimensionamento dell'area Nord-Ovest, una sostanziale corrispondenza per il Nord-Est e le Isole, ed un sotto-dimensionamento per le aree del Centro e del Sud.

Tale distribuzione è ragionevolmente attribuibile all'intensità dell'impatto che la pandemia ha avuto in alcune aree del Paese rispetto ad altre, soprattutto in riferimento alla diffusione della "prima ondata".

Considerando quindi tali aspetti e la consistenza complessiva del campione, è ragionevole asserire che il quadro emergente da questa rilevazione possa rispecchiare la situazione reale vissuta dai volontari ANPAS nel corso delle tre ondate pandemiche indagate al momento del lancio della *survey*.

Dopo un necessario *data cleaning* le analisi statistiche, mono variate e bivariate, sono state effettuate mediante l'uso del programma SPSS 21.0. In particolare, per le sezioni concernenti l'impatto fisico e psicologico della pandemia, si è deciso di effettuare specifiche analisi bivariate [Corbetta, Gasperoni e Pisati 2021: 129-137]: i dettagli di questa scelta metodologica sono illustrati nel capitolo 8.

È desiderio di tutti gli autori del presente volume ringraziare tutte le operatrici e gli operatori volontari delle Pubbliche Assistenze che hanno partecipato alla rilevazione.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association – APA (2014), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali quinta edizione DSM5*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- ANPAS (2020), *Bilancio sociale 2020*, <https://documentcloud.adobe.com/link/track?uri=urn:aaid:scds:US:36bdc49a-37ec-48f8-a939-ff45767cb0ad#pageNum=1>Corbetta P. (2015), *La ricerca sociale: metodologia e tecniche*, vol. IV, *L'analisi dei dati*, il Mulino, Bologna.
- Corbetta P., Gasperoni G., Pisati M. (2021), *Statistica per la ricerca sociale*, il Mulino, Bologna.
- Lombi L. (2015), *Le web survey*, FrancoAngeli, Milano.
- Organizzazione Mondiale della Sanità – OMS (1996), *ICD-10 classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali*, Edra-Masson, Milano-Roma.

6. L'identikit degli intervistati

di *Alessandro Fabbri*

Lo scopo del presente capitolo consiste nell'esposizione delle caratteristiche sociodemografiche del campione di operatrici ed operatori volontari delle Pubbliche Assistenze italiane che hanno partecipato alla presente *survey*. In altre parole, si intende analizzare ed illustrare i dati derivanti dalla compilazione della sezione F del questionario ad essi somministrato.

6.1. I dati socio-demografici

In primo luogo è quindi opportuno considerare le *caratteristiche individuali dei soggetti*, riassunte nella tabella 1. Come già osservato nel precedente capitolo metodologico, la classe di *età* più numerosa è quella delle persone mature, ossia i 46-60enni, che sono il 31,9% del campione e sopravanzano di quasi 8 punti il gruppo corrispondente nell'universo dei volontari delle Pubbliche Assistenze in base ai dati a nostra disposizione, mentre le altre classi di età hanno percentuali quasi equivalenti e sostanzialmente in linea con quelle della popolazione, esclusi gli *over 60*¹.

Per quanto riguarda invece il *genere*, la maggioranza assoluta del campione è costituita da uomini (55,3%), in questo caso sottorappresentati di oltre 4 punti rispetto all'universo, ovviamente a differenza delle donne; inoltre non è da trascurare il fatto che alcune persone, avendone la possibilità, abbiano indicato un'identità non binaria.

Riprendendo ancora il precedente capitolo, è opportuno sottolineare che i rispondenti delle Regioni del Nord costituiscono, da soli, i due terzi esatti del campione, e quelli del Nord Ovest circa la metà, con un evidente

¹ Più in dettaglio, l'età media del campione è 43,84 anni, con deviazione standard di 15,442.

rispecchiamento del maggiore impatto della pandemia su tali Regioni, in particolare la Lombardia nella prima ondata².

Il *titolo di studio* fornisce un dato molto interessante, in quanto la scolarizzazione del campione risulta decisamente notevole. In particolare, sommando diplomati e laureati si ottiene quasi l'82%. Questa percentuale non è soltanto molto superiore al corrispondente valore della popolazione italiana fra i 25 ed i 64 anni, ossia il 62,8%, ma è anche superiore al valore europeo (il 79,1%) secondo le stime del 2020 indicate nel *Rapporto annuale 2021* dell'Istituto nazionale di statistica [ISTAT 2021: 115].

Anche la *condizione occupazionale* è differente da quella della popolazione italiana: quest'ultima infatti ad aprile 2021 aveva un tasso di occupazione del 56,9% [ivi: 28], mentre fra i volontari intervistati è del 66,2% (1.781 persone). Sono peraltro degni di nota due dettagli: il primo è che circa un volontario su 7 è pensionato, a conferma del valore del contributo dato da questa categoria al "funzionamento" del Terzo Settore italiano (già evidenziato da molte ricerche); il secondo è che nessun intervistato ha evitato di rispondere a questa domanda, dichiarando anche l'eventuale disoccupazione.

Le *professioni* esercitate da questi due terzi del campione sono per la maggior parte lavori da dipendente, manuale o d'ufficio, mentre nettamente minoritarie sono le professioni di insegnante, dirigente, autonomo o professionista. Ciò naturalmente non significa che le due mansioni suddette siano svolte con un contratto di lavoro a tempo indeterminato, e che quindi i rispondenti abbiano una particolare sicurezza economico-sociale: è possibile anzi che fra costoro il numero di "precari" sia alto, in particolare fra i più giovani.

Occorre tuttavia precisare che, nell'impossibilità tecnica di inserire un filtro rispetto alla domanda precedente, moltissimi rispondenti hanno scelto la voce "Altro" per indicare condizioni che non corrispondevano ad un lavoro, ed è stato dunque necessario analizzare tali risposte una ad una, stabilendo la condizione di "non lavoratore" del rispondente. Tali risposte sono state quindi equiparate ai *missing*, ma, nonostante ciò, il numero di rispondenti è ancora superiore alle persone che nella domanda precedente si sono dichiarate occupate (1.978 contro 1.781). Ciò significa che le risultanze di questa domanda devono essere considerate con cautela, in quanto non esattamente corrispondenti alla situazione effettiva dei rispondenti.

Per quanto riguarda infine le *concezioni religiose*, il campione si divide essenzialmente fra una nettissima maggioranza di credenti cattolici (il 60,1%) ed una robusta minoranza di atei ed agnostici (quasi un terzo), forse riflesso del retaggio storico-identitario "di sinistra" delle Pubbliche Assistenze [Conti 2004]. Occorre d'altro canto rilevare che circa il 5% del

² In effetti questa domanda non era parte della sezione F del questionario: in questa sede vi è stata accorpata per fornire un quadro più completo delle caratteristiche dei soggetti.

campione ha scelto di non rispondere: diversamente dalle domande precedenti, questo quesito è stato evidentemente percepito da molti come troppo intrusivo rispetto alla sfera della propria *privacy*.

Tab. 1 – Caratteristiche individuali dei soggetti

Dati sociodemografici	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida
<i>1. Classi di età</i>			
Fino a 25 anni	475	17,7	17,7
Da 26 a 35 anni	450	16,7	16,7
Da 36 a 45 anni	459	17,1	17,1
Da 46 a 60 anni	859	31,9	31,9
61 ed oltre	446	16,6	16,6
Totale	2.689	100,0	100,0
<i>2. Genere</i>			
Maschile	1.487	55,3	55,3
Femminile	1.193	44,4	44,4
Altro	9	0,3	0,3
Totale	2.689	100,0	100,0
<i>3. Area geografica di residenza</i>			
Nord Ovest	1.333	49,6	49,6
Nord Est	656	24,4	24,4
Centro	482	17,9	17,9
Sud	74	2,8	2,8
Isole	144	5,4	5,4
Totale	2.689	100,0	100,0
<i>4. Titolo di studio</i>			
Licenza Elementare	10	,4	,4
Licenza Media	473	17,6	17,6
Diploma Scuola Superiore	1.575	58,6	58,7
Laurea o più	623	23,2	23,2
Totale rispondenti	2.681	99,7	100,0
Mancanti	8	0,3	
Totale generale	2.689	100,0	
<i>5. Condizione occupazionale attuale</i>			
Lavoratore/trice	1.781	66,2	66,2
Casalingo/a	72	2,7	2,7
Studente/ssa	276	10,3	10,3
Pensionato/a	415	15,4	15,4
Disoccupato/a	130	4,8	4,8
Altro	15	,6	,6
Totale	2.689	100,0	100,0
<i>6. Professione attuale</i>			
Dipendente lavoro manuale	662	24,6	33,5
Dipendente lavoro ufficio	753	28,0	38,1
Insegnante	92	3,4	4,7
Dirigente	67	2,5	3,4
Lavoratore autonomo	180	6,7	9,1
Libero professionista	208	7,7	10,5

Altro	16	0,6	,8
Totale rispondenti	1.978	73,6	100,0
Mancanti	711	26,4	
Totale generale	2.689	100,0	
7. Concezioni religiose			
Credente religione cattolica	1.617	60,1	63,2
Credente altra religione	72	2,7	2,8
Ateo/agnostico	855	31,8	33,4
Altro	15	0,6	,6
Totale rispondenti	2.559	95,2	100,0
Mancanti	130	4,8	
Totale generale	2.689	100,0	

La tabella 2 riporta i dati sociodemografici relativi al *contesto familiare dei soggetti* rispondenti. In questo caso si può anzitutto osservare un numero di *missing* decisamente maggiore rispetto alle precedenti domande: con ogni evidenza, anche l'ambito familiare richiede per molti una maggiore riservatezza.

Tab. 2 – *Contesto familiare dei soggetti*

Dati sociodemografici	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida
1. Persone conviventi			
Famiglia di origine	709	26,4	26,5
Famiglia propria	1.560	58,0	58,4
Con amici/parenti	32	1,2	1,2
Da solo/a	367	13,6	13,7
Altro	5	0,2	0,2
Totale rispondenti	2.673	99,4	100,0
Mancanti	16	0,6	
Totale generale	2.689	100,0	
2. Consistenza nucleo familiare*			
Da 1 a 3 persone	1.749	65,0	69,8
Da 4 a 9 persone	756	28,1	30,2
Totale rispondenti	2.505	93,2	100,0
Mancanti	184	6,8	10,4
Totale generale	2.689		
3. Presenza di minorenni			
Sì, figli	499	18,6	19,4
Sì, fratelli/sorelle	120	4,5	4,7
Sì, altro	29	1,1	1,1
No	1.927	71,7	74,8
Totale rispondenti	2.575	95,8	100,0
Mancanti	114	4,2	
Totale generale	2.689	100,0	19,4

*Rispondente incluso/a; la domanda era a risposta aperta e le risposte sono state accorpate in due *cluster*.

Ciò premesso, occorre notare che ben il 58% dei rispondenti vive con la propria famiglia: ciò significa che, al di là delle scelte personali, si tratta di persone tendenzialmente in grado di sostenere le spese collegate ad un nucleo familiare autonomo. D'altro canto un quarto dei rispondenti vive con la famiglia di origine, e non necessariamente si tratta dei soggetti più giovani: una parte di essi potrebbe essere costituita da adulti che continuano a vivere con i genitori per necessità economica, e/o per provvedere a loro in caso di bisogno senza affidarsi a badanti od OSS.

Non è neppure da trascurare il fatto che circa un rispondente su 8 vive per conto proprio. Tale dato si connette infatti alle risultanze della domanda successiva: in base ad esse, il tipo di nucleo familiare che appare più diffuso è quello da 1 a 3 persone (65%), compresi i rispondenti stessi, un elemento in linea con l'ormai consolidata prevalenza in Italia delle famiglie nucleari, ed anche mononucleari.

È del resto altrettanto significativo che quasi il 72% dei rispondenti non abbia minorenni nel proprio nucleo familiare: ciò in gran parte si può spiegare senz'altro con la loro alta età media, già osservata, ma si può anche ipotizzare che fra i rispondenti *under 35* la paternità/maternità non sia particolarmente diffusa, anche in questo caso in linea con le tendenze generali della società italiana [ISTAT 2021: 69-77].

L'*identikit* sociale dei soggetti è stato quindi completato con una serie di domande sulla loro *militanza associativa*, le cui risultanze sono riportate dalle tabelle 3-6. In primo luogo, è rilevante il fatto che a queste domande nessuno abbia evitato di rispondere: evidentemente sono state repute informazioni degne di essere rese pubbliche, probabilmente anche con un legittimo orgoglio identitario.

Infatti la prima risultanza significativa è che la maggioranza relativa dei rispondenti (il 41,5%) può vantare una *militanza* più che decennale, mentre un altro quinto fa parte di una Pubblica Assistenza da non meno di 5 anni. Si può dunque asserire legittimamente che il campione che ha partecipato a questa *survey* è costituito da "veterani" del mondo ANPAS. Si tratta d'altro canto di persone che erano disponibili ad un impegno attivo relativamente modesto in tempi pre-pandemici: circa un quinto di loro non svolgeva più di 5 ore settimanali di volontariato, mentre oltre la metà non arrivava alle 15 ore (tabella 4).

Naturalmente ciò non significa che non fosse un impegno prezioso dal punto di vista etico ed umanitario, ma si vedrà in seguito come la pandemia abbia richiesto un coinvolgimento più incisivo. Si può comunque ipotizzare che le ragioni di tale limitatezza fossero due: per un verso, una richiesta di disponibilità contenuta da parte della Pubblica Assistenza di riferimento rispetto ai servizi da essa gestiti. Per un altro verso, l'indisponibilità dei soggetti ad un maggiore investimento di ore a fronte delle altre incombenze della vita, *in primis* il lavoro e la famiglia.

Del resto, per gran parte dei rispondenti l'“incontro” con il mondo ANPAS sembra essere stato un evento che ha segnato e cambiato le loro vite, soddisfacendo in maniera pressoché completa le loro aspirazioni ad un impegno associativo, in particolare di tipo umanitario. È infatti assai rilevante che per quasi i due terzi di loro l'ingresso in una Pubblica Assistenza abbia significato *tout court* l'entrata nel Terzo Settore (forse già a partire dai gruppi giovanili), mentre per il 29,2% abbia significato l'inizio di un'attività di carattere umanitario (tabella 5).

Tab. 3 – Durata della militanza in una Pubblica Assistenza dei soggetti

Durata militanza	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida
Da meno di un anno	158	5,9	5,9
Da 1 a 3 anni	470	17,5	17,5
Da più 3 a 5 anni	395	14,7	14,7
Da oltre 5 anni a 10	550	20,5	20,5
Oltre 10 anni	1.116	41,5	41,5
Totale	2.689	100,0	100,0

Tab. 4 – Ore settimanali di volontariato svolte dai soggetti precedentemente alla pandemia

Ore settimanali	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida
Fino a 5	516	19,2	19,2
Da 6 a 15	1.463	54,4	54,4
Da 16 a 30	500	18,6	18,6
Oltre 30	210	7,8	7,8
Totale	2.689	100,0	100,0

Tab. 5 – Precedente appartenenza dei soggetti ad altra realtà associativa

Precedente appartenenza	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida
No	1.583	58,9	58,9
Sì nello stesso ambito	321	11,9	11,9
Sì in altro ambito	785	29,2	29,2
Totale	2.689	100,0	100,0

Il volontariato in ANPAS deve evidentemente essere per i soggetti del campione un'attività che tuttora appaga le aspirazioni alla militanza associativa. Infatti, come si può osservare dalla tabella 6, non più del 30% di essi (808 persone) appartiene contemporaneamente ad almeno un'altra realtà, e precisamente ad un'associazione di carattere sportivo, naturalmente scelta per mantenersi in buona forma fisica. Un divario di oltre 10 punti percentuali separa questa categoria dalle altre 13 proposte nell'apposita domanda a scelta multipla, ed anche questo è un dato significativo. Peraltro, la domanda contemplava la possibilità di più risposte contemporaneamente, quindi è possibile che alcune di queste 808 persone abbiano indicato anche altre opzioni.

Si tratterebbe di persone dalla vita associativa particolarmente intensa, anche in considerazione del fatto che non tutte le 14 opzioni della domanda concernono realtà definibili in senso stretto come Enti di Terzo Settore.

Premesso ciò, è significativo che ben 455 persone militino contemporaneamente in una ulteriore associazione di carattere *socio-sanitario*, e 381 in una *socio-assistenziale*: evidentemente si tratta di persone che hanno “energie” da investire anche in altre realtà di ispirazione umanitaria, e sarebbe interessante approfondirne i motivi. Nel primo caso forse si tratta di un tipo di impegno simile ma non identico a quello della rete ANPAS (ad esempio la donazione di sangue), mentre nel secondo caso la spiegazione potrebbe essere che ANPAS, fino alla pandemia di Covid, non si è impegnata in maniera sistematica e generalizzata nel campo socio-assistenziale propriamente detto, a differenza dei suoi storici *competitor* della Croce Rossa Italiana e delle Misericordie [Fabbri 2019], anche se con la pandemia si sta verificando un “cambio di paradigma” in questo senso [ANPAS 2020: 46].

Tab. 6 – Attuale appartenenza dei soggetti ad altra associazione oltre ad una Pubblica Assistenza

Tipo di associazione	Frequenza	Percentuale (base 2689)
Sportiva	808	30,0
Ricreativa e del tempo libero	478	17,8
Socio-sanitaria	455	16,9
Culturale	436	16,2
Socio-assistenziale	381	14,2
Religiosa	320	11,9
Educativa	308	11,5
Ecologista	169	6,3
Per la cooperazione al Terzo Mondo	148	5,5
Per la difesa dei diritti civili	148	5,5
Politica	147	5,5
Sindacale	119	4,4
Per la difesa di utenti e consumatori	99	3,7
Pacifista	80	3,0

6.2. Alcuni incroci significativi

Allo scopo di arricchire ulteriormente il quadro risultante da questo *identikit* sociale si è ritenuto opportuno incrociare il *genere* con altri dati socio-demografici, svolgendo analisi bi-variate le cui risultanze sono esposte nelle seguenti tabelle 7-13.

Per quanto riguarda anzitutto il *titolo di studio*, la tabella 7 mostra che gli uomini detengono i titoli più bassi in percentuale nettamente superiore (probabilmente si tratta dei volontari più anziani), e che un parziale riequilibrio si ha fra diplomate e diplomati, mentre è con la laurea che si ribalta

completamente la prospettiva: evidentemente le donne che scelgono di militare nelle Pubbliche Assistenze, sebbene in numero minore rispetto agli uomini, sono tendenzialmente più istruite. È peraltro degno di nota che abbiano un livello di istruzione medio-alto anche le persone ad identità non binaria.

Tab. 7 – Titolo di studio ripartito in base al genere

Titolo di studio	Genere			Totale
	Maschile	Femminile	Altro	
Licenza Elementare	8 80,0%	2 20,0%	0 0,0%	10 100,0%
Licenza Media	336 71,0%	137 29,0%	0 0,0%	473 100,0%
Diploma Scuola Superiore	872 55,4%	697 44,3%	6 0,4%	1.575 100,0%
Laurea o più	266 42,7%	355 57,0%	2 0,3%	623 100,0%
Totale	1.482 55,3%	1.191 44,4%	8 0,3%	2.681 100,0%

Al contrario, in merito alla *condizione occupazionale attuale* (tabella 8), lo svolgimento di un lavoro caratterizza maggiormente gli uomini rispetto alle donne, essendo costoro il 56,4% dei 1.781 occupati totali, oltre ai quattro quinti dei volontari pensionati. Le donne costituiscono invece la quasi totalità delle casalinghe, ma anche circa i due terzi dei 276 studenti ed il 60,8% dei volontari disoccupati. Evidentemente anche questi dati confermano in piccola scala il fatto che in Italia l'occupazione femminile è più problematica rispetto ad altri Paesi³. Anche i due terzi delle persone a identità non binaria risultano occupate, ed è auspicabile che ciò sia dovuto in parte all'assenza di discriminazioni verso il loro orientamento di genere.

Per quanto concerne invece la *professione attuale* (tabella 9), fatte salve le riserve summenzionate, si può osservare come gli uomini detengano il primato delle mansioni dirigenziali, nonché una robusta maggioranza negli ambiti del lavoro autonomo, del lavoro dipendente manuale e della libera professione. Più equilibrata è la situazione del lavoro dipendente d'ufficio, mentre le donne predominano nell'insegnamento.

³ Cfr. <https://www.censis.it/sicurezza-e-cittadinanza/respect/il-talento-femminile-mortificato#:~:text=Non%20solo%20le%20donne%20hanno,%2C7%25%20per%20gli%20uomini> (ultimo accesso: 18/07/2022).

Tab. 8 – Condizione occupazionale attuale ripartita in base al genere

Condizione occupazionale attuale	Genere			Totale
	Maschile	Femminile	Altro	
Lavoratore/trice	1.005 (56,4%)	770 (43,2%)	6 (0,3%)	1.781 100,0%
Casalino/a	2 2,8%	70 97,2%	0 0,0%	72 100,0%
Studente/ssa	97 35,1%	177 64,1%	2 0,7%	276 100,0%
Pensionato/a	328 79,0%	87 21,0%	0 0,0%	415 100,0%
Disoccupato/a	50 38,5%	79 60,8%	1 0,8%	130 100,0%
Altro	5 33,3%	10 66,7%	0 0,0%	15 100,0%
Totale	1.487 55,3%	1.193 44,4%	9 0,3%	2.689 100,0%

Tab. 9 – Professione attuale ripartita in base al genere

Professione attuale	Genere			Totale
	Maschile	Femminile	Altro	
Dipendente lavoro manuale	407 61,5%	253 38,2%	2 0,3%	662 100,0%
Dipendente lavoro ufficio	373 49,5%	378 50,2%	2 0,3%	753 100,0%
Insegnante	22 23,9%	69 75,0%	1 1,1%	92 100,0%
Dirigente	48 71,6%	19 28,4%	0 0,0%	67 100,0%
Lavoratore autonomo	113 62,8%	67 37,2%	0 0,0%	180 100,0%
Libero professionista	121 58,2%	87 41,8%	0 0,0%	208 100,0%
Altro	6 37,5%	10 62,5%	0 0,0%	16 100,0%
Totale	1.090 55,1%	883 44,6%	5 0,3%	1.978 100,0%

Infine, in merito alla *militanza associativa*, la tabella 10 mostra anzitutto come i “veterani” più assidui siano per due terzi uomini. La situazione si equilibra nella categoria precedente, ossia la militanza dai 5 ai 10 anni, mentre le donne detengono la maggioranza assoluta in tutti gli altri casi di durata inferiore ad un lustro. È anche significativo che ben 3 dei 9 soggetti non binari siano presenti nella categoria di più lunga militanza.

Tab. 10 – Durata della militanza in una Pubblica Assistenza ripartita in base al genere

Durata appartenenza ad una PA	Genere			Totale
	Maschile	Femminile	Altro	
Da meno di un anno	72 45,6%	84 53,2%	2 1,3%	158 100,0%
Da 1 a 3 anni	210 44,7%	257 54,7%	3 0,6%	470 100,0%
Da più 3 a 5 anni	182 46,1%	213 53,9%	0 0,0%	395 100,0%
Da oltre 5 anni a 10	275 50,0%	274 49,8%	1 0,2%	550 100,0%
Oltre 10 anni	748 67,0%	365 32,7%	3 0,3%	1.116 100,0%
Totale	1.487 55,3%	1.193 44,4%	9 0,3%	2.689 100,0%

Il numero di *ore settimanali* di volontariato in epoca pre-pandemica vede una divisione ancora più netta (tabella 11): la quota massima di 5 ore settimanali era garantita in maggioranza dalle donne (54,3%), mentre un monte-ore superiore veniva svolto in percentuale crescente dagli uomini (fino al 60% con oltre 30 ore), ed anche da 3 individui non binari su 9.

Tab. 11 – Ore settimanali di volontariato svolte precedentemente alla pandemia ripartite in base al genere

Media settimanale ore	Genere			Totale
	Maschile	Femminile	Altro	
Fino a 5	234 45,3%	280 54,3%	2 0,4%	516 100,0%
Da 6 a 15	827 56,5%	632 43,2%	4 0,3%	1.463 100,0%
Da 16 a 30	300 60,0%	200 40,0%	0 0,0%	500 100,0%
Oltre 30	126 60,0%	81 38,6%	3 1,4%	210 100,0%
Totale	1.487 55,3%	1.193 44,4%	9 0,3%	2.689 100,0%

Il quadro si semplifica ulteriormente in merito all'eventuale *appartenenza* ad un'altra realtà *associativa* prima dell'ingresso in una Pubblica Assistenza. Come si può osservare dalla tabella 12, gli uomini sono la maggioranza in tutti e tre i casi, ma singolarmente sono addirittura i due terzi dei rispondenti che militavano in un'associazione operante nello stesso ambito della rete ANPAS. Si potrebbe quindi cautamente ipotizzare che l'identità di genere abbia avuto un qualche peso nell'orientare la scelta di questo sottogruppo di rispondenti di dedicarsi al servizio in una Pubblica Assistenza.

Tab. 12 – Precedente appartenenza ad altra realtà associativa ripartita in base al genere

Precedente attività di volontariato	Genere			Totale
	Maschile	Femminile	Altro	
No	839	738	6	1.583
	53,0%	46,6%	0,4%	100,0%
Si nello stesso ambito	211	108	2	321
	65,7%	33,6%	0,6%	100,0%
Si in altro ambito	437	347	1	785
	55,7%	44,2%	0,1%	100,0%
Totale	1.487	1.193	9	2.689
	55,3%	44,4%	0,3%	100,0%

Tab. 13. Attuale appartenenza ad altra associazione oltre ad una Pubblica Assistenza ripartita in base al genere

Appartenenza altra associazione	Genere			Totale
	Maschile	Femminile	Altro	
Sportiva	500	303	5	808
	61,9%	37,5%	0,6%	100,0%
Ricreativa e del tempo libero	294	182	2	478
	61,5%	38,1%	0,4%	100,0%
Socio-sanitaria	241	213	1	455
	53,0%	46,8%	0,2%	100,0%
Culturale	251	184	1	436
	57,6%	42,2%	0,2%	100,0%
Socio-assistenziale	207	174	0	381
	54,3%	45,7%	0,0%	100,0%
Religiosa (parrocchia, scout, ecc.)	171	147	2	320
	53,4%	45,9%	0,6%	100,0%
Educativa	146	161	1	308
	47,4%	52,3%	0,3%	100,0%
Ecologista	92	77	0	169
	54,4%	45,6%	0,0%	100,0%
Per la cooperazione al terzo mondo	84	64	0	148
	56,8%	43,2%	0,0%	100,0%
Per la difesa dei diritti civili	84	63	1	148
	56,8%	42,6%	0,7%	100,0%
Politica	110	37	0	147
	74,8%	25,2%	0,0%	100,0%
Sindacale	82	37	0	119
	68,9%	31,1%	0,0%	100,0%
Per la difesa di utenti e consumatori	57	42	0	99
	57,6%	42,4%	0,0%	100,0%
Pacifista	44	36	0	80
	55,0%	45,0%	0,0%	100,0%

Per quanto riguarda l'ultimo aspetto della militanza associativa, e cioè l'eventuale *pluri-appartenenza*, si può osservare come le donne siano in

minoranza in tutte e 14 le categorie, eccetto quella delle associazioni di carattere educativo, nella quale sono la maggioranza assoluta (52,3%). Viceversa, gli uomini sono nettamente più impegnati in associazioni politiche (74,8%) e sindacali (68,9%), ma si avvicinano anche ai due terzi degli aderenti ad enti sportivi e ricreativi.

Le associazioni finalizzate ad attività socio-sanitarie e socio-assistenziali, e quindi più affini all'identità della rete ANPAS, vedono a loro volta una prevalenza degli uomini, ma la minoranza femminile è molto più robusta quantitativamente. Significativo è infine che 5 su 9 degli individui non binari abbiano optato, forse non esclusivamente, per un'associazione sportiva.

Nel prossimo capitolo verranno illustrate e commentate le domande degli intervistati inerenti lo svolgimento della loro attività di volontariato presso una Pubblica Assistenza durante il periodo pandemico.

Riferimenti bibliografici

- ANPAS (2020), *Bilancio sociale 2020*, <https://documentcloud.adobe.com/link/track?uri=urn:aaid:scds:US:36bdc49a-37ec-48f8-a939-ff45767cb0ad#pageNum=1>
- Conti F. (2004), *I volontari del soccorso. Un secolo di storia dell'Associazione nazionale pubbliche assistenze*, Carocci, Roma.
- Fabbi A. (2019), *Investimento social e welfare society. La morfogenesi della Croce Rossa Italiana*, FrancoAngeli, Milano.
- ISTAT (2021), *Rapporto annuale 2021. La situazione del Paese*, System Graphic srl – Via di Torre S. Anastasia, Roma, https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2021/Rapporto_Annuale_2021.pdf

7. L'impatto della pandemia sull'impegno volontaristico

di *Andrea Bassi*

In questo capitolo ci proponiamo di illustrare e commentare le risposte degli intervistati alle domande contenute nella prima sezione del questionario concernenti la loro esperienza di volontariato durante la pandemia.

Si tratta di dieci domande (dalle 5 alla 14) volte a rilevare la tipologia di servizio svolto, la consistenza dell'impegno, se il rispondente o i suoi familiari o i colleghi di ANPAS hanno contratto il virus, se è venuto a conoscenza del decesso di colleghi o di assistiti, se ha dovuto trascorrere un periodo lontano dalla famiglia ed infine se ha dovuto interrompere l'attività di volontariato e in caso affermativo per quali motivazioni.

7.1. Impegno volontario

L'impegno dei volontari presso le Pubbliche Assistenze associate alla rete ANPAS si estrinseca in una serie di attività e servizi di carattere sanitario, socio-assistenziale, amministrativo e di coordinamento.

L'ipotesi da cui siamo partiti è che quanto maggiore sia stato il contatto diretto con i pazienti Covid durante la pandemia tanto maggiore sia stato l'impatto emotivo sui volontari e conseguentemente più elevate siano state le ricadute in termini di disturbi individuali (fisici e psicologici) e relazionali (rapporti con familiari ed amici, e rapporti di lavoro).

La tabella sotto riportata mostra la distribuzione delle frequenze semplici per quattro tipologie di attività/servizio: a) le attività di trasporto malati legati al servizio di "Emergenza 118"; b) attività di trasporto di persone non pienamente auto-sufficienti per terapie (dialisi), visite specialistiche, esami, ecc., nonché interventi sanitari a domicilio; c) una categoria che comprende entrambi i servizi summenzionati; d) attività più "leggera" di consegna di medicinali o spesa a domicilio; e) un'ultima categoria che include tutti coloro che non sono stati impegnati in attività front-line, di diretto contatto con gli assistiti (segreteria, amministrazione, centralino, coordinamento, ecc.).

Tab. 1 – *Quale attività di volontariato hai svolto durante la pandemia? (fare riferimento al periodo pandemico indicato nella domanda 4)*

	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
Emergenza 118	1.076	40,0	40,0
Trasporti sociali e interventi sanitari a domicilio	396	14,7	54,7
Entrambe	984	36,6	91,3
Distribuzione e consegna beni	68	2,5	93,9
Altro	165	6,1	100,0
Totale	2.689	100,0	

Come è possibile osservare quattro intervistati ogni dieci (40%) hanno indicato di essere stati coinvolti nei servizi a maggiore impatto emotivo, seguiti da più di un terzo dei rispondenti (36,6) che dichiarano di aver svolto entrambe le prime due attività. Circa il 15% è stato impegnato in servizi di trasporti sociali e interventi a domicilio¹ e una quota minoritaria (2,5%) nella distribuzione e consegna di beni. Infine 165 persone hanno indicato di aver svolto attività di back-office.

Un'altra dimensione che abbiamo ritenuto potesse incidere sullo stato di salute psico-fisica dei volontari concerne l'impegno orario settimanale dedicato all'attività volontaria.

Nell'ipotesi che al crescere dell'intensità del servizio maggiori fossero lo stress psicologico e la stanchezza fisica degli intervistati.

Tab. 2 – *Ore di volontariato svolte, in media, su base settimanale prima della pandemia e durante la pandemia*

	V.A.	Prima %	Durante %
Fino a 5	516	19,2	14,8
Da 6 a 15	1.463	54,4	45,3
Da 16 a 30	500	18,6	23,5
Oltre 30	210	7,8	16,4
TOTALE	2.689	100%	100%

Come è possibile osservare dalla tabella 2 la maggioranza degli intervistati (54,4%), in periodo pre-pandemico, risulta essere stata impegnata dalle sei alle quindici ore settimanali. Attorno ad un quinto dei rispondenti dichiara di svolgere “fino a cinque ore” di volontariato (19,2%) e “da sedici a trenta” ore (18,6), mentre minoritaria (7,8%) appare essere la quota di coloro che dichiarano un impegno maggiore “oltre 30 ore”.

¹ Ai fini del trattamento statistico dei dati le categorie due e quattro sono state accorpate, rappresentando così il 17,2% degli intervistati.

I dati in nostro possesso ci consentono di effettuare un raffronto tra l'intensità dell'impegno volontario in condizioni ordinarie (periodo pre-pandemico) e quella della fase emergenziale connessa alla pandemia da Covid-19.

Le risultanze ci paiono di grande interesse ai fini della presente indagine. Infatti, come si può osservare dal confronto tra le percentuali riportate nelle ultime due colonne della tabella 2, nel periodo pandemico si è avuto un incremento rilevante del fabbisogno di volontari attivi che ha coinciso con un maggiore impegno in termini di ore settimanali di servizio. Ciò anche in conseguenza dell'impossibilità di impiegare volontari di età superiore ai 65 anni in servizi di front-line, stabilita da un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri.

I dati ci mostrano come la quota di coloro che dichiarano di essere stati impegnati "da sedici a trenta" ore aumenti di ben cinque punti percentuali (dal 18,6 al 23,5), ma è soprattutto la fascia di impegno maggiore "oltre trenta" ore a mostrare l'incremento più rilevante passando dal 7,8% al 16,4%, con un incremento di oltre il doppio.

Questo maggiore impegno orario su base settimanale nel periodo pandemico non può non avere avuto effetti rilevanti in termini di salute psico-fisica dei volontari nonché dal punto di vista delle loro relazioni familiari, amicali e lavorative².

Un ulteriore elemento che riteniamo possa incidere sulla capacità di affrontare situazioni di elevato stress emotivo riguarda l'esperienza nello svolgimento dell'attività di volontariato. Si suppone che coloro che abbiano una più lunga militanza in termini di servizio front-line siano maggiormente in grado di far fronte a situazioni di eccezionalità quale quella pandemica (anche se di proporzioni inaspettate ed imprevedibili).

Tab. 3 – *Da quanto tempo sei volontario/a in una Pubblica Assistenza ANPAS?*

	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
Da meno di un anno	158	5,9	5,9
Da 1 a 3 anni	470	17,5	23,4
Da più 3 a 5 anni	395	14,7	38,0
Da oltre 5 anni a 10	550	20,5	58,5
Oltre 10 anni	1.116	41,5	100,0
Totale	2.689	100,0	

Come è possibile osservare dai dati riportati nella tabella 3, i nostri intervistati risultano essere in gran parte volontari "esperti". Circa un quarto dei rispondenti infatti dichiara di svolgere la propria attività volontaria da un periodo uguale o inferiore ai tre anni. Oltre un terzo si colloca nella classe "da

² Come emerge chiaramente dalle testimonianze fornite dagli intervistati nelle domande a risposta aperta, di cui tratteremo nei capitoli nove e dieci.

più tre fino a dieci anni” (35,2%) e, ben quattro volontari ogni dieci indicano una militanza superiore ai dieci anni (41,5%).

Ovviamente la durata dello svolgimento dell’attività volontaria è strettamente legata all’età anagrafica del rispondente. Come si può osservare dalla tabella 4, infatti, suddividendo il campione in due classi in base all’esperienza di volontariato, si evince chiaramente come la quota di coloro che dichiarano un impegno superiore ai cinque anni cresca progressivamente al crescere dell’età, passando dal 18,5% di chi ha “fino a 25 anni”, al 76,2% di coloro che hanno oltre 60 anni.

Tab. 4 – Tavola di contingenza Anni di volontariato in PA per Classi di età

Durata militanza	Classi di età					Totale
	Fino a 25 anni	Da 26 a 35 anni	Da 36 a 45 anni	Da 46 a 60 anni	61 ed oltre	
Fino a 5 anni	81,5%	33,8%	27,7%	29,2%	23,8%	38,0%
Oltre 5 anni	18,5%	66,2%	72,3%	70,8%	76,2%	62,0%
Totale	475	450	459	859	446	2.689

7.2. Covid e attività di volontariato

Un elemento di grande interesse ai fini della presente ricerca è costituito dall’incontro con il virus da parte dei volontari che hanno preso parte all’indagine.

Al fine di raccogliere informazioni in merito abbiamo sottoposto agli intervistati una batteria di domande volte a rilevare se il rispondente o qualcuno dei suoi familiari o dei suoi colleghi (volontari o personale retribuito della Pubblica Assistenza in cui opera) fossero stati contagiati, nonché la gravità dell’infezione. Le tabelle 5, 6 e 7 riportano le risposte a tali quesiti.

Tab. 5 – Durante lo svolgimento della tua attività di volontariato hai contratto il virus Covid-19?

	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
Sì, asintomatico	69	2,6	2,6
Sì, sintomi leggeri (a domicilio)	188	7,0	9,6
Sì, sintomi gravi (ospedalizzazione)	32	1,2	10,7
Sì sintomi molto gravi (terapia intensiva)	6	0,2	11,0
No	2.394	89,0	100,0
Totale	2.689	100,0	

Tab. 6 – Durante lo svolgimento della tua attività di volontariato qualcuno dei tuoi familiari ha contratto il virus Covid-19?

	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
Sì, asintomatico	59	2,2	2,2
Sì, sintomi leggeri (a domicilio)	275	10,2	12,4
Sì, sintomi gravi (ospedalizzazione)	54	2,0	14,4
Sì sintomi molto gravi (terapia intensiva)	27	1,0	15,4
No	2.274	84,6	100,0
Totale	2.689	100,0	

Tab. 7 – Durante lo svolgimento della tua attività di volontariato qualcuno dei tuoi colleghi/e (volontari/ie o operatori/trici retribuiti/e) della Pubblica Assistenza ANPAS ha contratto il virus Covid-19?

	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
Sì, asintomatico	182	6,8	6,8
Sì, sintomi leggeri (a domicilio)	1.350	50,2	57,0
Sì, sintomi gravi (ospedalizzazione)	315	11,7	68,7
Sì sintomi molto gravi (terapia intensiva)	140	5,2	73,9
No	702	26,1	100,0
Totale	2.689	100,0	

Un primo dato da sottolineare è che, in un certo senso paradossalmente, il numero di volontari che hanno contratto il virus è relativamente limitato: 295 persone, ovvero poco più di un volontario ogni dieci (11,0%). La stragrande maggioranza dei quali (188) con sintomi leggeri curati a domicilio (si veda tabella 5).

Così come decisamente contenuto (15,4%) è il numero di coloro i cui familiari sono stati contagiati nel periodo considerato (si veda tabella 6). Anche in questo caso la stragrande maggioranza dei quali (275) con sintomi leggeri curati a domicilio

Mentre assolutamente rilevante (73,9%) è il numero di coloro i cui colleghi hanno contratto il virus (si veda tabella 7). In questo caso la porzione di chi ha avuto sintomi gravi che hanno richiesto l'ospedalizzazione comincia ad essere consistente: 315 persone. Così come la quota di coloro che hanno avuto sintomi molto gravi che hanno comportato il ricovero in terapia intensiva: 140 colleghi.

Questa situazione può aver aumentato gli stati di ansia, angoscia e paura, da parte dei volontari che pur non avendo avuto una ripercussione diretta su loro stessi o sui loro familiari, vedevano molti colleghi infettarsi e un numero significativo di questi ultimi con sintomi gravi o molto gravi. Questa ipotesi è confermata dall'incrocio della variabile qui analizzata con le variabili relative ai disturbi psichici vissuti dai volontari. Per tutti i diciassette “disturbi psichici” inclusi nell'indagine, infatti, l'incidenza di coloro che hanno saputo

di colleghi colpiti da Covid (1.987) è superiore di diversi punti percentuale (in media 5) rispetto a coloro che hanno fornito una risposta negativa (702).

7.3. Contatto con la morte

Un aspetto che indubbiamente ha un forte impatto sullo stato di salute psico-fisico dei volontari è costituito dall'incontro, nello svolgimento della propria attività volontaria, con la morte.

Alcune domande del questionario hanno chiesto agli intervistati se durante il periodo pandemico fossero venuti a conoscenza del fatto che qualcuno dei propri colleghi fosse deceduto per aver contratto l'infezione da Covid-19; nonché se ciò fosse accaduto a qualcuna delle persone da loro soccorse o assistite.

L'ipotesi è che venire a contatto con la morte di persone conosciute abbia una ricaduta rilevante sulla stabilità della propria condizione psico-fisica.

Come si evince dai dati riportati nella tabella 8 la quota di intervistati che hanno saputo di colleghi volontari o operatori ANPAS deceduti a causa del Covid-19 sia piuttosto limitata, poco più di uno ogni dieci (12,8%).

Tab. 8 – Durante lo svolgimento della tua attività di volontariato qualcuno dei tuoi colleghi/e (volontari/ie o operatori/trici retribuiti/e) della Pubblica Assistenza ANPAS è deceduto a seguito del Covid-19?

	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
Sì, faceva i turni con me	29	1,1	1,1
Sì, faceva parte della mia stessa associazione	202	7,5	8,6
Sì, faceva parte di altra associazione ANPAS	112	4,2	12,8
No	2.346	87,2	100,0
Totale	2.689	100,0	

Inoltre, il numero di coloro che hanno avuto una testimonianza diretta di colleghi deceduti è veramente limitato (29 persone). Mentre più consistente è la quota di chi ha avuto colleghi della medesima Pubblica Assistenza deceduti a causa del Covid-19 (202 persone)³.

³ È forse opportuno specificare che tali cifre non corrispondono al numero reale di volontari Anpas deceduti a causa del Covid-19, che ammontano a poche unità (poco più di una decina). Bensì esse indicano il numero di rispondenti che sono venuti a sapere di colleghi deceduti. Dato che il questionario era auto-compilato le persone che hanno aderito avrebbero potuto far parte (come infatti è accaduto) della medesima Pubblica Assistenza e/o del medesimo territorio di operatività di più Pubbliche Assistenze limitrofe. Ai fini della nostra indagine però questa differenza è irrilevante. Infatti a noi preme acquisire informazioni sulla percezione di stress e di pressione che i volontari hanno esperito in seguito allo svolgimento della loro attività di volontariato. A tal fine non importa se l'evento percepito come stressante sia

Per quanto riguarda il decesso di persone soccorse o assistite i numeri sono più rilevanti. Un quarto dei rispondenti dichiara di aver assistito alla morte di persone soccorse durante i propri turni (si veda tabella 9). Più della metà (53,5%) degli intervistati ha saputo di decessi di assistiti da parte dei volontari della propria Pubblica Assistenza ed oltre un terzo (37,0%) da volontari di altre associazioni. Infine, sempre oltre la metà del campione lo ha saputo da altri. Sommando le risposte affermative di ciascuna domanda si evince che poco meno dei 3/4 dei rispondenti (72,6%) sono venuti in contatto con il decesso di persone assistite a fronte di poco più di un quarto (27,4%) che non ha vissuto questa esperienza.

Anche in questo caso l'ipotesi è che venire a contatto con la morte di persone conosciute abbia una ricaduta rilevante sulla stabilità della propria condizione psico-fisica.

Tab. 9 – Durante lo svolgimento della tua attività di volontariato hai assistito o sei venuto a sapere del decesso di persone da voi soccorse/assistite a causa del virus Covid-19?⁴

	V.A.	%
Sì, ho assistito durante i miei turni	689	25,6
Sì, ho saputo da volontari mia stessa associazione	1.438	53,5
Sì, ho saputo da volontari di altre associazioni	996	37,0
Sì, ho saputo da altri	1.498	55,7
BASE	2.689	

Questa ipotesi è confermata dall'incrocio della variabile qui analizzata con le variabili relative ai disturbi psichici vissuti dai volontari. Per tutti i diciassette "disturbi psichici" inclusi nell'indagine, infatti, l'incidenza di coloro che hanno saputo di assistiti deceduti in base al Covid (1.952) è superiore di diversi punti percentuale (dai 5 ai 10) rispetto a coloro che hanno fornito una risposta negativa (737).

7.4. Allontanamento dalla famiglia e interruzione dell'attività di volontariato

Un'altra esperienza potenzialmente di grande impatto sullo stato di salute psico-fisica dei volontari, nonché un'elevata fonte di stress, è costituita dal fatto di essere stati costretti a vivere lontano dalla propria famiglia per un periodo più o meno lungo a causa della propria attività di volontariato.

accaduto veramente, ma piuttosto se l'impatto di tale evento sia stato percepito come reale da parte dei rispondenti.

⁴ I totali delle percentuali sono superiori a 100 in quanto la domanda era formulata in modo da prevedere più risposte.

I dati riportati nella tabella 10 ci mostrano che tale condizione è stata vissuta da circa il 15% degli intervistati (398 persone), la stragrande maggioranza dei quali (212) ha dovuto vivere separato dalla propria famiglia per periodi decisamente lunghi (“un mese o più).

Tab. 10 – In ragione dello svolgimento della tua attività di volontariato durante la pandemia sei stato/a costretto/a a vivere (dormire) lontano dalla tua famiglia?

	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
Sì, per una settimana circa	96	3,6	3,6
Sì, per due/tre settimane	90	3,3	6,9
Sì, per un mese o più	212	7,9	14,8
No	2.291	85,2	100,0
Totale	2.689	100,0	

Questa ipotesi è confermata dall’incrocio della variabile qui analizzata con le variabili relative ai disturbi psichici vissuti dai volontari. Per tutti i diciassette “disturbi psichici” inclusi nell’indagine, infatti, l’incidenza di coloro che sono stati costretti a vivere lontano dalla propria famiglia (398) è superiore di diversi punti percentuale (mediamente 5) rispetto a coloro che hanno fornito una risposta negativa (2.291).

Un altro elemento di grande interesse nell’ambito della presente ricerca riguarda il rapporto tra attività di volontariato e attività lavorativa. Ovvero come il fatto di svolgere un servizio di volontariato nel settore del trasporto sanitario durante la pandemia sia stato vissuto dai colleghi e dal datore di lavoro degli intervistati.

A questa tematica è dedicato un intero paragrafo all’interno del capitolo 9 della presente pubblicazione. In questa sede ci basti sottolineare come un quinto (21,5%) dei rispondenti abbia dovuto interrompere la propria attività di volontariato durante la pandemia (si veda tabella 11).

Si tratta di numeri rilevanti (578 persone)

Tab. 11 – Hai dovuto interrompere la tua attività di volontariato durante la pandemia?

	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
Sì	578	21,5	21,5
No	2.111	78,5	100,0
Totale	2.689	100,0	

Tab. 12 – Tavola di contingenza Classi di età per interruzione attività di volontariato (si)

	V.A.	% (*)
Fino a 25 anni	110	23,2
Da 26 a 35 anni	77	17,1
Da 36 a 45 anni	76	16,6
Da 46 a 60 anni	195	22,7
61 ed oltre	120	26,9
BASE	578	

(*) percentuali di riga

Ovviamente ci si aspettava di riscontrare una relazione positiva tra interruzione dell'attività di volontariato e l'età, nel senso che era presumibile rilevare tale fenomeno nelle classi di età più elevata (anche in considerazione del decreto già menzionato in precedenza). I dati riportati nella tabella 12 mostrano un quadro più articolato. Infatti, le classi di età in cui tale situazione si è riscontrata maggiormente sono sì quella più elevata (26,9% dei rispondenti), ma anche quella dei più giovani (23,2%) e degli adulti-anziani (22,7%).

Abbiamo anche chiesto agli intervistati di esplicitare le ragioni alla base della loro scelta (spesso obbligata) di interrompere l'attività volontaria.

Tab. 13 – Se sì, per quale motivo?

	V.A.	%	%
Per paura di contagiarmi	149	25,8	5,5
Per paura di contagiare la mia famiglia	336	58,1	12,5
Per pressioni da parte della mia famiglia	179	31,0	6,6
Per pressioni da parte dei miei amici	20	3,5	0,7
Per pressioni da parte del mio datore di lavoro	100	17,3	3,7
BASE		578	2.689

Come emerge chiaramente dai dati riportati nella tabella 13 la stragrande maggioranza (58,1%) di chi ha sospeso la propria esperienza di volontario in ANPAS indica “la paura di contagiare la propria famiglia”, seguito da coloro che dichiarano di aver ricevuto “pressioni in tal senso dalla famiglia” (31,0%). Un quarto dei rispondenti (25,8%) indica il “timore per un proprio contagio personale”, mentre del tutto residuali risultano essere le ragioni legate a “pressioni da parte dei propri amici” (3,5%). Infine, da menzionare un numero non irrilevante (100 persone su 578) che dichiarano di aver ricevuto pressioni da parte del loro datore di lavoro.

L'ultimo dato che intendiamo commentare in questo capitolo riguarda l'ondata pandemica ritenuta maggiormente influente sul proprio stato di

salute psico-fisica⁵. Tale variabile ricopre un ruolo centrale nella nostra analisi in quanto sarà ampiamente utilizzata nelle analisi bi-variate svolte nei capitoli successivi.

Tab. 14 – *Quale tra le seguenti fasi della pandemia ti ha coinvolto/a maggiormente a livello fisico e psicologico? Quale, a tuo giudizio, è stata la più difficile da affrontare e che ha avuto un maggiore impatto sulla tua vita?*

	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
Prima ondata (24 febbraio-11 giugno 2020)	1.862	69,2	69,2
Seconda ondata (14 settembre-31 dicembre 2020)	553	20,6	89,8
Terza ondata (febbraio-aprile 2021)	274	10,2	100,0
Totale	2.689	100,0	

La tabella 14 mostra la distribuzione delle frequenze semplici delle risposte fornite dai volontari ANPAS intervistati. Come è possibile osservare

⁵ L'incidenza delle varie ondate pandemiche che si sono susseguite nel corso degli anni 2020 e 2021 occupa una posizione chiave nell'indagine qui esposta. In quanto la percezione della loro "gravità" tra la popolazione non corrisponde all'effettiva portata del loro impatto in termini di persone contagiate e di persone decedute, nonché di carico di lavoro sulle strutture sanitarie del nostro paese. Ciò in ragione anche di una comunicazione pubblica spesso distorta dai mass media. Di seguito si riportano i dati ufficiali (Ministero della Sanità) dei contagiati nelle tre ondate.

1^ ondata (24 febbraio – 11 giugno 2020): contagiati = 236.134; decessi = 34.167 (incredulità, sconcerto, disorientamento);

2^ ondata (14 settembre – 31 dicembre 2020): contagiati = 1.822.841; decessi = 38.549 (disagio, disperazione);

3^ ondata (febbraio-aprile 2021): contagiati = 1.845.924 (22/04/21) (rassegnazione, sconforto).

Come è possibile osservare la *prima ondata*, quella rappresentata come la più grave, in realtà ha visto un numero di contagiati piuttosto limitato, poco più di duecentomila. Mentre la *seconda e la terza ondata* hanno visto salire il numero dei contagi a poco meno di due milioni di persone ciascuna.

Anche gli stati d'animo collettivi sono variati grandemente passando dall'incredulità, sconcerto, disorientamento che hanno caratterizzato la prima ondata, ad una situazione di disagio e disperazione diffusi, nel corso della seconda, ad uno stato di rassegnazione e sconforto nella terza. Laddove, se nella prima ondata erano emersi anche sentimenti diffusi di speranza e solidarietà collettiva, soprattutto nella seconda, questi sono stati sostituiti da comportamenti individualistici e da una chiusura nel privato-particolaristico.

Ciò anche in ragione di una errata gestione del fenomeno da parte degli enti pubblici che hanno allentato in modo incondizionato le restrizioni durante la pausa estiva. Il che ha fatto nascere nella popolazione l'illusione che la pandemia fosse stata in qualche modo sconfitta con l'inizio dell'estate. Ciò ha favorito la circolazione del virus con una pesante ricaduta nella ripresa autunnale. La qual cosa ha tolto ogni speranza alle persone che si fosse trattato di una situazione temporanea e ha reso evidente il dato di fatto che con questo virus avremmo dovuto imparare a convivere per molto tempo.

poco meno del 70% indica la “prima ondata” come quella di maggiore impatto, un quarto dei volontari segnala la “seconda ondata” e solo un volontario ogni 10 opta per la “terza ondata”.

Concludendo, dalla lettura approfondita dei dati raccolti attraverso questa prima sezione del questionario è possibile affermare che i volontari che hanno partecipato all’indagine sono impegnati in misura prevalente in attività di emergenza (76,6%) e sono costituiti da volontari di lungo corso (il 41,45% svolge il proprio servizio da oltre dieci anni). I tre quarti di essi (73,9%) hanno avuto colleghi che hanno contratto il virus, il 12,8% ha assistito o è venuto a sapere di colleghi deceduti e il 72,6% è venuto in contatto con il decesso di persone assistite.

Nei capitoli che seguono ci proponiamo di illustrare e commentare le risposte degli intervistati ad una serie di domande concernenti l’impatto della pandemia su: a) il loro equilibrio fisico e psichico; b) le loro relazioni sociali (familiari, amicali e lavorative), nonché c) il supporto ricevuto dalla rete AN-PAS durante il periodo pandemico.

8. L'impatto della pandemia sullo stato fisico e psichico dei volontari

di *Alessandro Fabbri e Simona Ius*¹

Il presente capitolo è dedicato all'illustrazione ed all'analisi approfondita dei dati afferenti alle sezioni centrali del questionario, finalizzate, come già osservato, ad appurare quale sia stato l'impatto della pandemia rispettivamente sulla dimensione fisica e su quella psicologica dei soggetti intervistati. Verrà dunque svolta dapprima un'esposizione commentata delle risultanze delle domande delle due sezioni, presentate mediante analisi monovariate e griglie riassuntive delle risposte aperte. Successivamente saranno presentati gli esiti di analisi bivariate, mediante le quali sono state verificate le eventuali influenze di alcune caratteristiche socio-demografiche e socio-relazionali sulle condizioni fisiche e psicologiche dei volontari.

8.1. Le analisi monovariate: dimensioni e intensità dell'impatto della pandemia

Come già anticipato nel capitolo 5, dopo avere definito l'ambito di indagine del questionario, è stato chiesto ai volontari di rappresentare il proprio stato fisico e psicoemotivo nell'ondata pandemica che per essi aveva avuto maggiore impatto, raccomandando di circoscrivere le risposte a quel lasso di tempo e rispetto alla propria attività di volontariato, riferendosi a essa e non all'eccezionalità del periodo storico vissuto in sé.

¹ Il presente capitolo è frutto di un'elaborazione comune degli autori, ma in ogni caso Alessandro Fabbri è autore del paragrafo 8.1 e Simona Ius dei paragrafi 8.2 e 8.3.

Tab. 1 – Risposte relative agli item corrispondenti ai sintomi di malessere fisico, con valore 1 uguale a “Per nulla” e 6 a “Moltissimo” (sotto ai valori assoluti le percentuali valide)

Sintomi di malessere fisico	Grado di intensità del sintomo						Missing
	1	2	3	4	5	6	
Insonnia	1557	546	200	126	86	43	131
	60,9	21,3	7,8	4,9	3,4	1,7	
Inappetenza	2033	279	83	48	18	12	216
	82,2	11,3	3,4	1,9	0,7	0,5	
Mal di testa	1554	542	207	102	62	35	187
	62,1	21,7	8,3	4,1	2,5	1,4	
Disturbi di stomaco	1833	351	144	76	40	25	220
	74,2	14,2	5,8	3,1	1,6	1,0	
Disturbi intestinali	1901	337	117	60	31	18	225
	77,2	13,7	4,7	2,4	1,3	0,7	
Stanchezza/spossatezza	970	765	348	194	161	124	127
	37,9	29,9	13,6	7,6	6,3	4,8	
Malessere generale	1507	556	199	115	75	43	194
	60,4	22,3	8,0	4,6	3,0	1,7	
Ipersonnia	2073	222	79	35	23	20	237
	84,5	9,1	3,2	1,4	0,9	0,8	
Riduzione delle proprie capacità quotidiane	1690	482	156	79	53	36	193
	67,7	19,3	6,3	3,2	2,1	1,4	
Difficoltà nella sfera sessuale	1.948	301	101	43	39	34	223
	79,0	12,2	4,1	1,7	1,6	1,4	

In primo luogo, relativamente ai sintomi fisici (domanda A01), si osserva una particolare distribuzione delle frequenze (si veda tabella 1): è evidente che, seppure con percentuali molto diverse, più della metà del campione riferisce di non aver avuto disturbi fisici, ed inoltre si può notare una caduta di frequenza fino a valori irrisori corrispondenti alla valutazione massima (6 = moltissimo). L'unica eccezione è rappresentata dalla stanchezza/spossatezza, che viene riferita presente (da poco a moltissimo) nel 62,1 delle risposte valide. Questa evidenza può essere spiegata con il reale affaticamento delle persone coinvolte nelle attività sanitarie, che richiedevano spesso turni più impegnativi sul piano fisico (oltre che sul piano psicoemotivo) per aumento delle chiamate, diminuzione dei volontari disponibili, complessità delle procedure di prevenzione, allungamento dei turni di servizio. Va rilevato, a margine, che è anche un disturbo socialmente accettabile, compatibile con una buona immagine di sé e delle proprie qualità.

“Malessere generale” ed “Insonnia” rientrano invece tra i sintomi rilevati da meno della metà del campione, ma, comunque, da circa il 40%, con una curva di distribuzione piuttosto simile tra loro e meno ripida nell'intervallo tra 1 e 3 rispetto agli altri item dello stesso quesito, la cui distribuzione disegna una curva simile a un'iperbole.

Questa sezione del questionario comprendeva anche una domanda aperta in cui menzionare eventuali disturbi fisici ulteriori e 366 persone (il 13,6%) hanno utilizzato questa possibilità (si veda tabella 2). Alcune di esse anzi

hanno indicato più di un sintomo nella risposta aperta, in particolare: 23 ne segnalano due, 5 ne segnalano tre e 1 ne segnala quattro. Tenendo conto di queste segnalazioni plurime, possiamo considerare 402 disturbi riportati. Di questi, 109 riferiscono di sintomi fisici, ma in 23 casi sono riconducibili a disturbi menzionati nella domanda chiusa A01. Dei restanti 96, i disturbi più rappresentati sono i 27 riconducibili a “dolore osteomuscolare” e i 14 “difficoltà respiratorie” rispettivamente 1% e 0,5% del totale dei questionari.

È singolare che le altre persone abbiano invece utilizzato questa voce per indicare principalmente problematiche dell’area psicoemotiva: 247 volte (il 61,4% delle segnalazioni), di cui 104 disturbi legati all’ansia che, come si vedrà, è indicata come la sintomatologia più rappresentata nel quesito specifico.

Delle restanti risposte, 10 riguardano l’ambito relazionale, 19 non sono pertinenti, 17 sono espressioni di congrua preoccupazione per il rischio di contagio.

Parrebbe che questa possibilità di risposta aperta sia stata utilizzata per la maggior parte in modo improprio dai volontari poiché non sapevano che ambiti psicoemotivi, relazionali e di contesto sarebbero stati indagati più avanti nel questionario, e tuttavia le risposte date evidenziano la necessità interiore di dare conto di un malessere fortemente sentito.

Tab. 2 – Risposte aperte per sintomi di malessere fisico

Segnalazione	Frequenza	Alcuni esempi (citazioni letterali)
<i>Disturbi fisici</i>	<i>109</i>	
Dolore osteo-muscolare	27	Contratture zona spalle e cervicale Dolori agli arti inferiori Mialgia Mal di schiena
Difficoltà respiratorie	14	Difficoltà a respirare Dispnea
Problemi di alimentazione/peso	12	Fame nervosa, sono ingrassato di 20 kg. Perdita di peso Dieta malsana
Disturbi dermatologici	7	Dermatite seborroica Orticaria
Problemi a carico dell’apparato cardiocircolatorio	5	Ipertensione Tachicardia
Disturbi oculo visivi	3	Bruciore agli occhi
Alterazioni del ciclo mestruale	3	Amenorrea
disturbi dell’orecchio e dell’udito	3	Acufene, disturbi alle orecchie
Altro	12	vertigini, capogiri caduta dei capelli cistite
Disturbi riconducibili a quelli della domanda A01	23	Stanchezza fisica Gastrite Disturbi intestinali

<i>Disturbi riconducibili a psicoemotivi</i>	247	Tristezza Ansia Attacchi di panico Depressione Insonnia Stress
<i>Problemi inerenti le relazioni e il contesto</i>	10	La mancanza e il disagio del contatto fisico con amici, familiari ecc.. Problemi di comunicazione interna; la tolleranza mancava
<i>Segnalazioni inerenti una congrua e contestualizzata preoccupazione</i>	17	Paura di contrarre il virus e contagiare i familiari Preoccupato per la situazione dei contagi e dei decessi
<i>Segnalazioni non pertinenti</i>	19	Aumento della capacità di concentrazione e livello di attenzione più alto Noia delle lunghe file al pronto soccorso

Anche la distribuzione delle frequenze (Cfr. tabella 3) relative agli stati d'animo (domanda B01) disegna una curva simile all'iperbole: la *moda* coincide sempre con il valore 1 = mai, con una sola marcata eccezione, ossia la "sensazione di ansia".

L'ansia è, infatti, lo stato d'animo più segnalato e l'unico con una frequenza "mai" inferiore a quella contigua (2). Si precisa che l'etichetta è "sensazione di ansia" perché quella che viene richiesta è una valutazione sui propri stati d'animo e non una valutazione di tipo clinico diagnostico.

È interessante osservare che un andamento simile, ma con una frequenza di circa metà della distribuzione nei valori da 2 a 6, è rappresentato dal "distacco emotivo dagli altri e da ciò che accade". Apparentemente sembrano due posizioni speculari ed escludentesi, ma possiamo considerare questo stato d'animo come una strategia protettiva inconsapevole dal frequente contatto con la causa di stress.

Il 6% del campione, 162 soggetti, ha utilizzato la domanda aperta sui sintomi psicologici (Cfr. tabella 4): di questi, 9 ne hanno indicati due e solo 1 ne ha indicati tre; si danno, quindi 173 segnalazioni. Solo 121 tuttavia sono effettivamente sintomi psicologici (4,5% rispetto al campione): 59 di essi sono riconducibili a quelli indicati nella domanda precedente e comprensivi di 15 che ripetono l'item "ansia". 16 sono invece riferibili al tono dell'umore flesso, includendo in questa categorizzazione risposte di varia intensità, dalla tristezza alla depressione. Il senso di impotenza e la frustrazione sono rappresentati 12 volte. L'insofferenza è riferita 6 volte come anche la solitudine, mentre lo stress (espressione generica in questo caso) 4 volte. Infine 17 risposte non sono pertinenti e 30 riferiscono paure e preoccupazioni congrue, inerenti il rischio di contagio.

Tab. 3 – Risposte relative agli item corrispondenti ai sintomi di malessere psicologico, con valore 1 corrispondente a “Per nulla” e 6 a “Moltissimo” (sotto ai valori assoluti le percentuali valide)

Sintomi di malessere psicologico	Grado di intensità del sintomo						Missing
	1	2	3	4	5	6	
Paura irrazionale	1478 57,7	633 24,7	257 10,0	107 4,2	51 2,0	34 1,3	129
Sensazione di ansia	870 33,3	919 35,1	435 16,6	196 7,5	106 4,1	90 3,4	73
Distacco emotivo dagli altri e da ciò che accade	1275 50,1	643 25,2	315 12,4	162 6,4	98 3,8	54 2,1	142
Auto-isolamento	1528 59,8	472 18,5	271 10,6	133 5,2	80 3,1	70 2,7	135
Iper-vigilanza, frequente trasalimento	1525 59,9	517 20,3	272 10,7	117 4,6	66 2,6	47 1,8	145
Incapacità di provare emozioni positive	1659 65,0	509 19,9	201 7,9	87 3,4	55 2,2	42 1,6	136
Senso alterato della realtà	1849 72,5	388 15,2	166 6,5	72 2,8	44 1,7	32 1,3	138
Sforzi per evitare ricordi, pensieri o sentimenti angoscianti	1705 66,7	454 17,8	210 8,2	69 2,7	72 2,8	46 1,8	133
Difficoltà di concentrazione	1508 59,0	599 23,4	227 8,9	101 4,0	58 2,3	63 2,5	133
Sensazione di sofferenza anche in momenti di serenità	1418 55,5	678 26,5	242 9,5	128 5,0	55 2,2	35 1,4	133
Mancanza di interesse in attività che di solito piacciono	1463 57,1	558 21,8	283 11,0	126 4,9	80 3,1	53 2,1	126
Tendenza al pianto	1678 65,5	406 15,9	243 9,5	99 3,9	59 2,3	76 3,0	128
Evitamento di impegni significativi	1681 65,8	456 17,8	221 8,6	92 3,6	64 2,5	41 1,6	134
Incubi	1975 77,8	295 11,6	129 5,1	63 2,5	37 1,5	41 1,6	149
Alterazioni della memoria o fatica a memorizzare	1799 70,7	422 16,6	173 6,8	60 2,4	56 2,2	34 1,3	145
Umore irritabile e scatti di rabbia espressi con aggressioni verbali o fisiche verso oggetti o persone	1644 64,3	482 18,9	210 8,2	95 3,7	69 2,7	55 2,2	134
Comportamenti spericolati o auto-distruttivi	2.303 90,8	129 5,1	60 2,4	22 0,9	8 0,3	13 0,5	154

Tab. 4 – Risposte aperte per sintomi di malessere psicologico

Segnalazione	Frequenza	Esempio
<i>Disturbi psicologici</i>	121	
Umore flesso	16	Depressione, voler fare di più ma sentirsi “con le mani legate” Tristezza costante ed immotivata
Frustrazione/impotenza	12	Impotenza difronte a quello che succedeva Sensazione di impotenza nei confronti di chi soccorrevi e ti chiedeva aiuto
Insofferenza	6	Insofferenza per il dover evitare situazioni di concentrazione di persone per lavorare insieme e stare insieme insofferenza e sensazione di precarietà
Solitudine	6	Solitudine
Stress	4	Stress, mancanza di fiducia
Altro	18	Inizialmente speravo di svegliarmi da un incubo Grande insicurezza nel prendere decisioni per il futuro Sentirsi inutili difficoltà a gestire abuso di sostanze
Ansia riconducibile alla domanda B01	15	Attacchi d’ansia Attacchi di panico
Altri disturbi riconducibili a quelli della domanda B01	44	Tanto pianto Perdita di entusiasmo/intraprendenza Sensazione di disorientamento nello spazio-tempo
<i>Disturbi riconducibili a fisici</i>	5	Stanchezza degli occhi Insonnia
<i>Segnalazioni inerenti una congrua e contestualizzata preoccupazione</i>	30	Preoccupazione per i pazienti soccorsi Paura del contagio principalmente per la mia famiglia ma anche per me stesso
<i>Segnalazioni non pertinenti</i>	17	Guardavo Tik tok Auto condizionamento

In sintesi, dall’osservazione di queste nude cifre, sia in valori assoluti sia in percentuale, si può senz’altro evincere che l’impatto fisico e psicologico della pandemia sul personale volontario di ANPAS è stato complessivamente medio-basso: ciò collima con le risultanze delle ricerche di Vagni *et al.*, illustrate nel precedente capitolo 2.

Inoltre, ognuna delle due categorie ha avuto almeno un sintomo particolarmente raro: per il malessere fisico si è trattato dell’ipersonnia, e per il malessere psicologico dei comportamenti spericolati.

È infine coerente con questa considerazione il fatto che le segnalazioni nella domande aperte siano state percentualmente basse, soprattutto al netto delle ridondanze e delle segnalazioni non pertinenti, ma esse sono ugualmente interessanti per la descrizione di sintomi rari.

Le emozioni e le cognizioni positive (domanda B03), infine, hanno distribuzioni di frequenze molto differenti (Cfr. tabella 5). In questo caso occorre anzitutto notare che i *missing* risultano essere molti meno rispetto alle domande precedenti. Con ogni evidenza, i soggetti del campione si sono sentiti maggiormente propensi a rispondere a quesiti relativi alle emozioni *positive* provate durante la pandemia in relazione all'attività di volontariato svolta, mentre hanno avuto più remore ad esprimere i sintomi di malessere fisico e psicologico provati in quei mesi.

La distribuzione delle frequenze è inoltre più omogenea, le frequenze più basse sono, per tutti gli item, quelle del valore "mai", ma, rispetto a quanto osservato circa disturbi e sintomi, queste hanno uno scarto decisamente meno ampio tra minimo e massimo.

Tab. 5 – Risposte relative agli item corrispondenti alle emozioni positive, con valore 1 corrispondente a "Per nulla" e 6 a "Moltissimo" (sotto ai valori assoluti le percentuali valide)

Emozione positiva	Grado di intensità dell'emozione						Missing
	1	2	3	4	5	6	
Consapevolezza di essere utile	78	363	791	432	366	632	27
Percezione di essere capace	2,9	13,6	29,7	16,2	13,7	23,7	83
Stima da parte degli altri	125	665	722	454	420	220	76
Autostima	4,8	25,5	27,7	17,4	16,1	8,4	101
Senso di appartenenza e condivisione	158	514	757	396	413	375	55
	6,0	19,7	29,0	15,2	15,8	14,4	84
Riconoscimento sociale positivo	213	621	691	421	385	257	72
Crescita delle proprie competenze	8,2	24,0	26,7	16,3	14,9	9,9	93
	96	427	739	406	408	558	86
Senso di connessione emotiva con altri	3,6	16,2	28,1	15,4	15,5	21,2	86
	167	524	706	392	389	427	72
Orgoglio	6,4	20,1	27,1	15,0	14,9	16,4	93
	147	453	723	391	442	461	86
	5,6	17,3	27,6	14,9	16,9	17,6	
	178	544	692	397	418	367	
	6,9	21,0	26,7	15,3	16,1	14,1	
	228	473	675	390	332	505	
	8,8	18,2	25,9	15,0	12,8	19,4	

Due valori hanno peraltro un andamento simile e marcatamente significativo: "consapevolezza di essere utile" e "senso di appartenenza e condivisione". Provando a dare una spiegazione: poter essere utili in un momento che ha relegato molti all'inattività, all'immobilità ed all'attesa ha dato ai volontari un orizzonte di senso, una sorta di antidoto agli effetti delle limitazioni del *lockdown* e il senso di appartenenza è legato ai valori fondanti di ANPAS e alla storia dell'associazionismo, soprattutto in alcune Regioni d'Italia.

Le tabelle che seguono illustrano invece le risultanze delle successive domande a risposta chiusa della sezione seguente del questionario. Come si può

osservare, tali domande non erano tutte attinenti alla dimensione psicologica dei soggetti intervistati, ma si è scelto di inserirle ugualmente in questa sezione in quanto finalizzate ad indagare la disponibilità di *fattori protettivi* per l'incolumità fisica del personale delle Pubbliche Assistenze, con eventuali ricadute sul loro equilibrio psicologico.

Tab. 6 – *Impatto della disponibilità dei tamponi sullo svolgimento dell'attività di volontariato*

Tipo di impatto	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida
Mi sono sentito/a rassicurato/a	1.030	38,3	38,7
Ho provato ansia per l'esito	295	11,0	11,1
Mi è stato utile	527	19,6	19,8
Nessuno in particolare	811	30,2	30,5
Totale rispondenti	2.663	99,0	100,0
<i>Missing</i>	26	1,0	
Totale generale	2.689	100,0	

Come si può osservare dalla tabella 6, la disponibilità di tamponi è stata connessa ad emozioni positive e la maggioranza assoluta delle risposte (57,9%) si è collocata sul versante rassicurazione/utilità. Sorprendentemente, molto inferiore è invece il numero di coloro che hanno provato ansia per l'esito, forse per la consapevolezza diffusa del fatto che una diagnosi tempestiva della malattia avrebbe garantito una più efficace cura ed una facile guarigione, e sarebbe stata quindi da accogliere in certa misura positivamente. Assolutamente non trascurabile, infine, la percentuale di coloro che non hanno provato né emozioni positive né negative, forse per il medesimo motivo e/o per una sorta di “fatalismo”.

Tab. 7 – *Vaccinazione dei soggetti del campione alla data di compilazione del questionario*

Vaccinazione	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida
Si	2.525	93,9	94,8
No	139	5,2	5,2
Totale rispondenti	2.664	99,1	100,0
<i>Missing</i>	25	0,9	
Totale generale	2.689	100,0	

La domanda riportata in tabella 7 è risultata utile sia per verificare l'efficienza della *campagna di protezione vaccinale* garantita dalle autorità in primo luogo agli operatori sanitari, sia per proporzionare le risposte sulle emozioni connesse a tale protezione.

Questi dati, riferiti all'estate del 2021, confermano quindi un'elevata fiducia nell'efficacia della campagna vaccinale, ed è significativa anche la

bassa percentuale di *missing*. Si segnala che, non chiedendo il motivo dei “no”, il loro numero esiguo potrebbe essere dovuto a motivi differenti da un rifiuto “ideologico” del vaccino, almeno in parte.

La tabella 8 riporta le risposte relative alla modalità di vaccinazione dei soggetti del campione: è significativo, anche a livello psicologico, che più dei tre quarti di loro abbiano ricevuto il vaccino tramite la rete ANPAS. Con ciò si intende che, su precisa richiesta, ANPAS ha fornito i nominativi dei volontari afferenti a molte delle proprie associate ai rispettivi Servizi Sanitari Regionali: costoro sono stati quindi assimilati agli operatori sanitari pubblici ed hanno potuto essere vaccinati con il medesimo ordine di priorità. Ciò deve sicuramente aver influito sulla loro fiducia verso l’associazione rinforzando il loro senso di appartenenza ed il loro spirito di corpo.

Tab. 8 – Modalità di vaccinazione dei soggetti del campione alla data di compilazione del questionario

Modalità di vaccinazione	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida
Rete ANPAS / Associazione appartenenza	2.112	78,5	83,1
Altra modalità	428	15,9	16,9
Totale rispondenti	2.540	94,5	100,0
<i>Missing</i>	149	5,5	
Totale generale	2.689	100,0	

Tale legame peraltro verrà più attentamente indagato da Andrea Bassi nel capitolo 10. In questa sede è invece opportuno notare che rispetto alla tabella 7 vi è un lieve disallineamento dei totali dei vaccinati, rispettivamente 2.540 contro 2.525. Le cause possono essere diverse: la più probabile è che le 15 persone vaccinate in più siano alcuni dei 25 *missing* della tabella 7, decisi infine a rispondere esplicitando la loro condizione.

Tab. 9 – Sensazioni provate al momento della somministrazione del vaccino (sotto ai valori assoluti le percentuali valide)

Sensazione provata	Si	No	<i>Missing</i>
Felicità	1.516 59,8	1.021 40,2	152
Senso di sicurezza	1.970 77,7	567 22,3	„
Senso di fiducia nel futuro	1.942 76,5	595 23,5	„
Inquietudine per le eventuali reazioni	677 26,7	1860 73,3	„
Timore dell’invidia degli altri	182 7,2	2355 92,8	„
Non ho percepito cambiamenti rilevanti	1.009 39,8	1528 60,2	„

In merito all'ultimo quesito, illustrato dalla tabella 9, occorre anzitutto premettere che ai rispondenti era concesso selezionare più di una opzione di risposta contemporaneamente. È in ogni caso significativo che la sensazione provata dal maggior numero di persone fra i rispondenti sia stata il “senso di sicurezza”. Ciò consolida l'ipotesi sostenuta a partire dai dati della tabella 7, ossia di una forte fiducia nel vaccino da parte dei rispondenti. Una conferma indiretta in tal senso può essere considerata anche la bassa percentuale di persone che hanno provato inquietudine per eventuali reazioni, ossia poco più di un quarto dei rispondenti.

8.2. Le analisi bivariate: quali relazioni fra le variabili?

Per le analisi bivariate si è scelto di assumere quali variabili dipendenti i “sintomi di sofferenza fisica”, ossia gli item della domanda A01, i “sintomi di sofferenza psicologica”, ossia gli item della domanda B01, e le “emozioni positive”, ossia gli item della domanda B03.

Queste tre domande non corrispondevano a specifici strumenti di valutazione psicologica, diversamente da quelli menzionati nei capitoli 1 e 2 del presente volume: non era dunque prevista l'elaborazione di un punteggio complessivo che sommasse le risposte dei soggetti ai vari item. Di conseguenza, la ricerca di eventuali relazioni fra tali variabili ed altre non ha contemplato l'impiego di procedimenti statistici aventi per oggetto variabili dipendenti cardinali.

Successivamente, quali *variabili indipendenti* sono state scelte variabili corrispondenti a domande di altre sezioni del questionario per verificare l'ipotesi di una loro eventuale influenza, anche sulla base delle indicazioni emerse dalla letteratura scientifica analizzata.

Alcune di esse erano nominali ed altre ordinali: per le prime si è scelto di effettuare un'analisi bivariata (*cross tabulation*) e di analizzare gli scostamenti registrati nei vari item a seguito delle relazioni intercorrenti con le variabili dipendenti (opportunamente rese dicotomiche: sì = valori da 2 a 6; no = valore 1).

Per le analisi bivariate con variabili indipendenti ordinali si è scelto invece di trasformare i suddetti item in variabili ordinali, raggruppando per ciascuno i 6 valori della scala in 3 stati: “Poco o per nulla” (1-2), “Abbastanza” (3-4) e “Molto” (5-6). Successivamente tali variabili dipendenti ricodificate sono state sottoposte al test del *gamma*. Tramite quest'ultimo si è quindi verificato se, e con quale probabilità, le variabili indipendenti ordinali selezionate abbiano contribuito a determinare l'impatto fisico e psicologico della pandemia sui rispondenti.

8.2.1. Analisi bivariate fra variabili nominali

Questo primo tipo di analisi bivariate ha studiato le relazioni fra le tre *dimensioni psico-fisiche* summenzionate ed una serie di variabili nominali corrispondenti ad altrettante domande del questionario, sulla base dell'ipotesi secondo cui ciascuna di esse avrebbe potuto esercitare una qualche forma di influenza su tali dimensioni.

Per quanto riguarda in primo luogo le *ondate pandemiche di maggior impatto* (domanda 04), dalle analisi bi-variate emerge che la percezione dei disturbi fisici e degli stati d'animo è piuttosto omogenea nelle diverse ondate. I discostamenti ritenuti significativi, ossia quelli maggiori o uguali a 5 punti percentuali [Corbetta, Gasperoni e Pisati 2021: 122], però segnalano un innalzamento dei segni di disagio nella seconda e/o nella terza ondata. Interessante che l'item "comportamenti spericolati", che raccoglie la minore frequenza tra tutti quelli dedicati ai disturbi psicoemotivi, segnali un picco nella terza ondata rispetto alla prima (6,20 punti).

In tutte le ondate il sintomo marcatamente più segnalato è l'ansia, ma senza significative differenze tra i tre momenti storici, analogamente la variabile "ondata pandemica" risulta essere non influente sulle emozioni positive.

Un secondo elemento indagato è consistito nell'*attività di volontariato svolta* (domanda 05) durante la pandemia. In proposito emerge che effettuare "attività di 118" e di "trasporto sociale" ha inciso sia sui sintomi fisici sia su quelli psicologici. I punteggi infatti sono quasi sempre più alti di quelli relativi alla "distribuzione di beni" e "altro", con un distanziamento compreso fra i 5,9 ed i 15,9 punti percentuali per la maggior parte dei sintomi fisici, mentre per i sintomi psicologici vi è una forbice compresa fra i 6,2 ed i 27,7 punti. Viceversa la distribuzione di beni è la variabile che più correla con valori più alti di soddisfazione e di emozioni positive.

Questi dati sono probabilmente spiegabili a partire dal contatto positivo con l'utenza: le persone che ricevevano gli aiuti non erano in emergenza rispetto a quelle che necessitavano di primo soccorso o di trasporto in ospedale, ed erano certamente più propense a mostrare gratitudine ed emozioni positive nel contatto con i volontari. Il contatto con questa utenza non era quindi fonte di stress.

Successivamente è stato osservato l'impatto del *decesso di persone assistite* sui soggetti intervistati (domanda 11), nelle sue varie accezioni.

Dalle analisi bi-variate emerge che la *visione diretta* di un decesso (25,6% dei soggetti), ha indubbiamente esercitato un'influenza sui sintomi, sia fisici sia psicologici, confermando l'ipotesi di partenza. La presenza dei sintomi, infatti, aumenta dagli 8 ai 14 punti percentuali rispetto a chi non ha assistito a tale evento. Le uniche eccezioni sono l'ipersonnia, la sensazione di ansia e la spericolatezza, presenti rispettivamente "soltanto" nel 5,2% e nel 5,7% in più dei soggetti afferenti ai due sotto-gruppi. Nel primo e nel secondo caso

forse la spiegazione può essere il fatto che ipersonnia e spericolatezza sono stati sintomi relativamente rari, come osservato, mentre il terzo caso può essere dovuto al motivo opposto, ossia proprio il fatto che la sensazione di ansia è stato il sintomo comunque più diffuso, per via della gravità della situazione, e dunque la visione diretta di un decesso non l'ha ulteriormente aumentata.

Per quanto riguarda invece le emozioni positive, si può rintracciare una qualche influenza, ma con risultati decisamente inferiori, dato che l'aumento della loro presenza non supera il 3,2% (il sentimento di orgoglio).

Osservazioni analoghe possono essere formulate per l'eventualità del *decesso di assistiti riferito da colleghi della stessa Pubblica Assistenza*: anche in questo caso vi è infatti una presenza nettamente maggiore di tutti i sintomi su coloro che hanno sperimentato tale evenienza (53,5%). Dalle analisi da noi svolte si evince infatti che la presenza dei sintomi cresce da 6 ad oltre 13 punti percentuali, con le consuete eccezioni dell'ipersonnia (+5,3%) e della spericolatezza, quasi allineata al valore di chi non è stato informato di decessi (+2,9%).

Allo stesso modo della variabile precedente, le emozioni positive risultano influenzate in maniera molto lieve, con un aumento massimo della loro presenza di appena il +2,9% (ancora una volta si tratta dell'orgoglio), e perfino un valore lievemente inferiore (+0,3%) per la percezione di essere capace:

Una situazione analoga si registra per quanto riguarda il *decesso di assistiti riferito da volontari di altre associazioni*, attestato da oltre un terzo (il 37,0%) del campione. In questo caso l'aumento della presenza dei sintomi è più marcato e ricalca le risultanze della visione diretta di un decesso, in quanto va dai 7 agli oltre 14 punti percentuali: è questo il caso dell'umore irritabile, sperimentato dal 14,5% in più dei soggetti che hanno ricevuto tale comunicazione.

Le uniche eccezioni, con aumenti nettamente inferiori, sono nuovamente l'ipersonnia (+5,9%) e la spericolatezza (+6,1%).

Specularmente diminuisce la presenza delle emozioni positive, che non superano il +2,6% (è il caso del riconoscimento sociale positivo), mentre sono addirittura attestate in percentuali inferiori, seppur lievemente: si tratta della consapevolezza di essere utile (+0,6%) e dell'autostima (+0,4%).

Infine l'ultima eventualità, il *decesso di assistiti riferito da altri*, sperimentata da ben il 55,7% del campione, si caratterizza per la stessa tendenza generale, ma declinata con sfumature diverse a seconda del tipo di sintomo.

Se infatti i sintomi fisici risultano, come di consueto, più presenti con una "forbice" che va all'incirca dal +7% (sfera sessuale) al +14% (insonnia), questa si riduce notevolmente nella dimensione psicologica: la maggior presenza di tali sintomi varia infatti dal +9,5% di iper-vigilanza e senso alterato della realtà al +13,6% della sensazione di sofferenza anche in momenti di

serenità. Naturalmente costituiscono le ormai consuete eccezioni i sintomi dell'ipersonnia e della spericolatezza, presenti rispettivamente solo nel +3,5% e nel +5,1% in più dei casi.

Anche la presenza di emozioni positive si attesta in maniera differente rispetto alle altre eventualità: la “forbice” passa da un minimo dello +0,3%, con la consapevolezza di essere utile, ad un massimo del +2,0%, con la crescita delle proprie competenze, mentre non si verifica il fenomeno di valori più alti per gli intervistati ai quali non è stato riferito da altri alcun decesso, precedentemente attestato per le altre occorrenze.

Naturalmente è stata ipotizzata anche una possibile relazione tra *i tipi di sostegno, aiuto e supporto ricevuti* da parte della propria Pubblica Assistenza o dalla rete ANPAS (domanda E03) e la minor presenza dei suddetti sintomi: tuttavia sorprendentemente le risultanze sono state ben diverse da quelle finora contemplate.

Infatti per nessuno degli item della domanda si è riscontrata una differenza sostanziale, ossia superiore ad almeno 5 punti percentuali, relativamente a tutti i sintomi delle due dimensioni. Ciò è particolarmente significativo nel caso del *supporto psicologico*, che pure è stato fruito da un numero relativamente contenuto di rispondenti (si veda il successivo capitolo 10). Apparentemente tale forma di sostegno non ha prodotto risultati significativi a livello collettivo, o forse alcuni rispondenti ne hanno fruito dopo aver manifestato i sintomi.

Inoltre nei casi della *fornitura di dispositivi di sicurezza* e dell'*agevolazione nella somministrazione del vaccino* si è anzi riscontrata una maggiore presenza di sintomi psicologici in coloro che ne avevano beneficiato che in coloro che non ne avevano beneficiato, in particolare l'ansia con un valore rispettivamente del +7,1 e del +7,2%. Ciò tuttavia potrebbe essere dovuto in parte alla sproporzione numerica fra i due gruppi.

Viceversa, gli item nei quali alcuni sintomi hanno superato la soglia nel senso conforme alle ipotesi di partenza sono stati tre, tutti connessi ad una dimensione relazionale: gli *incontri informativi/formativi sul virus* (2 fisici e 4 psicologici), gli *incontri informativi/formativi su come trattare i malati* (2 fisici e 6 psicologici) e soprattutto gli *incontri di gruppo*, ossia di mutuo-aiuto (6 fisici e 6 psicologici), che peraltro sono stati, come si vedrà, il tipo di sostegno meno utilizzato.

Nella dimensione fisica la forbice fra questi 6 sintomi statisticamente significativi non è comunque ampia: si passa dal basso valore della riduzione delle proprie capacità quotidiane (+5,2%) alla ben poco superiore stanchezza/spossatezza (+7,1%). Relativamente più netta è invece la distanza fra i sintomi psicologici, in quanto ad un valore minimo di +5,7% della sensazione di ansia corrisponde il +9,8% della mancanza di interesse in attività che di solito piacciono.

Si può quindi asserire con molta cautela che i suddetti tre tipi di sostegno, ed in particolare quest'ultimo, hanno esercitato una limitata influenza sul mancato sviluppo di sintomi fisici e psicologici da parte dei soggetti che ne hanno fruito, purché ciò non sia avvenuto dopo la manifestazione dei sintomi stessi.

Per quanto riguarda invece le emozioni positive, come nei casi precedenti nessun valore è risultato particolarmente alto da manifestare una significatività statistica.

Passando alle variabili nominali afferenti alle caratteristiche socio-demografiche dei soggetti, occorre in primo luogo considerare naturalmente il *genere* (domanda F02). In proposito si è ritenuto di non includere i valori l'opzione "altro", poiché le 9 risposte di questo *cluster* rappresentano appena lo 0,33% del nostro campione.

Ciò premesso, si può rilevare che il genere femminile è un forte predittore di rischio di sintomi fisici e psicologici, come del resto già riscontrato nella maggioranza degli studi analizzati nel capitolo 2. Infatti i sintomi fisici sono rappresentati maggiormente dalle donne con uno scarto percentuale compreso tra 5,40 e 20,00. L'unico sintomo che è differente in modo non significativo è quello inerente la sfera sessuale (3 punti percentuali in più). Il più vistosamente alto è "Mal di testa" (20 punti percentuali in più).

In ambito psicoemotivo la distanza si ripropone, stavolta compresa tra 6,30 e 27,50 punti percentuali cui fanno eccezione l'item "distacco emotivo" e "comportamenti spericolati" che hanno differenze non significative, sebbene siano sempre maggiori nelle donne.

Interessante invece notare che nelle misurazioni circa le emozioni positive non ci sono differenze significative tra i generi: questo escluderebbe la spiegazione dei dati circa i sintomi con una semplice maggiore emotività delle donne.

Rispetto alla *condizione occupazionale* (domanda F04), i sintomi sia fisici sia psicoemotivi vedono singolarmente ai due estremi studenti e pensionati nella distanza più marcata di tutte: le "forbici" fra i rispettivi item variano da un minimo di 5,70 punti percentuali ad un massimo di 38,40; per 7 item fisici e per 9 psicologici la distanza è costantemente sopra i 20. Questa distanza tuttavia non è altrettanto rappresentata nell'espressione delle emozioni positive.

In merito al tema collegato della *professione svolta* (domanda F05), i lavoratori che più frequentemente manifestano sintomi fisici e psicologici sono insegnanti e dirigenti, mentre i malesseri sono più lievi per i lavoratori autonomi. Per esempio, fra gli insegnanti l'insonnia è attestata con una frequenza maggiore di 20,2 punti rispetto ai lavoratori autonomi, mentre i dirigenti presentano 23,2 punti in più relativamente a stanchezza/spossatezza.

In compenso, non vi è una tendenza chiara tra le emozioni positive, eccettuati valori più bassi per i lavoratori autonomi. Il più alto livello di sintomi

tra gli insegnanti può essere spiegato anche in ragione del drastico cambiamento nell'organizzazione del loro lavoro durante la pandemia.

Spostando il *focus* dell'indagine all'ambito familiare, l'incidenza della *convivenza* con famiglia d'origine, propria, con amici e parenti o da solo/a (domanda F06), non è netta né univoca.

L'unica risultanza che emerge con sufficiente chiarezza è che le persone che vivono con una propria famiglia (partner e/o figli) hanno una frequenza di sintomi sia fisici sia psicoemotivi significativamente minore: si consideri ad esempio la frequenza del mal di testa, inferiore di 17,8 punti per costoro rispetto a chi vive con la famiglia d'origine, oppure la tendenza al pianto, inferiore di 12,6 punti. Mentre la convivenza con amici o parenti sembra attenuare le emozioni positive di senso di utilità, percezione di essere capace, stima ed autostima.

Dai dati sembra inoltre che *l'ampiezza del nucleo familiare* (domanda F07) non incida particolarmente sulla percezione di sintomi e malesseri né sulle emozioni positive connesse al servizio di volontariato, pur con alcune eccezioni. Sul versante fisico vi sono mal di testa (+9 punti percentuali per chi vive con altre 3 persone o più), difficoltà di concentrazione (+8,40) e riduzione capacità quotidiane (+5,80).

In ambito psicologico si hanno invece, con valori di poco superiori allo scarto di 5 punti percentuali, umore irritabile (+5,60), senso alterato della realtà (+5,70), difficoltà di memoria e di concentrazione (+5,20 e +5,90). La maggior parte delle difficoltà segnalate potrebbe essere spiegata anche dalle condizioni di *lockdown* trascorso insieme a più persone. Infine, si può constatare che il numero di componenti del nucleo familiare non incide affatto sulle emozioni positive.

La *presenza di minori* (domanda F08) ha determinato invece risultati più netti. Infatti, coerentemente con quanto rilevato circa la convivenza con famiglia propria, i sintomi fisici sono associati negativamente con la presenza di figli/e. al contrario, essi crescono con la presenza di fratelli e sorelle. Questa forbice è ancora più marcata relativamente ai sintomi psicologici, con uno scarto percentuale da +20,80 a +6,60 punti.

Le emozioni positive sono più omogenee, tranne la singola caduta dell'item autostima nel caso della presenza di fratelli e sorelle minorenni. Resta un valore alto (86%), ma con uno scarto di +6,60 punti percentuali da figli e 10 da altro.

Sembrerebbe quindi che avere una propria famiglia con figli o figlie correli con una migliore resistenza ai sintomi di stress.

Infine, il *credo religioso* (domanda F14) sembra influenzare la percezione di sintomi fisici e psichici. Contrariamente a quanto ipotizzabile, la distanza maggiore non è tra fede e ateismo/agnosticismo, ma tra fede cattolica ed altro credo religioso in generale. I sintomi sono significativamente meno presenti fra i cattolici rispetto ai credenti in altre religioni, mentre gli atei e gli

agnostici si collocano in una posizione intermedia tra i due andamenti, non significativamente distante né dall'una né dall'altra. Per esempio, la riduzione delle capacità quotidiane è attestata fra i cattolici con una frequenza minore di -11,4 punti rispetto agli altri credenti, mentre per la tendenza al pianto la distanza è di -14,4 punti.

Rispetto alle emozioni positive, c'è una differenza meno marcata con l'eccezione dell'item autostima, per il quale essere cattolici coincide con valori significativamente più alti.

8.2.2. Analisi bivariate fra variabili ordinali: risultanze del test del gamma

Le tabelle seguenti riportano il calcolo dell'indice γ^2 relativo agli incroci fra una serie di variabili indipendenti ordinali, corrispondenti ad altrettanti quesiti del questionario, ed i consueti item corrispondenti alle dimensioni fisica e psicologica dei soggetti.

Come si può osservare nella tabella 10, la *lontananza dalla famiglia* correla con i sintomi fisici in modo armonico e sembra essere l'esperienza più influente su di essi. Anche il *decesso di colleghi* ha picchi di alta correlazione, ma limitata ad alcuni sintomi fisici rispetto agli altri, similmente si comporta la variabile *contagio di famigliari*, infine il *contagio proprio*, *contagio dei colleghi e atteggiamento della famiglia* non influiscono significativamente sui sintomi fisici.

Le variabili indipendenti *lontananza dalla famiglia*, *decesso di colleghi*, *contagio di un familiare* hanno un andamento simile rispetto ai sintomi psicologici, con un picco di $\gamma = 0,52$ per l'auto-isolamento e la *lontananza dalla famiglia*. Questa correlazione funge anche da controllo sulla sincerità di compilazione, in quanto evidentemente l'isolamento dagli affetti riguarda in primo luogo la famiglia. L'*atteggiamento della famiglia* incide sui sintomi psicologici più di quanto faccia su quelli fisici, mentre, anche per i sintomi psicologici, sembra irrilevante il *numero di ore di servizio svolte*, il *contagio di colleghi e quello proprio*.

All'aumentare delle *ore di servizio* aumentano le emozioni positive, mentre tutte le altre variabili indipendenti sono meno influenti rispetto alle stesse.

² Si ricorda ai lettori che l'indice γ deve essere interpretato in percentuale: ad esempio, un γ pari a 0,124 indica una relazione positiva (al crescere del grado della variabile indipendente cresce quello della variabile dipendente) e una "forza" della medesima pari ad una probabilità del 12,4% che il soggetto dotato di una proprietà corrispondente al massimo grado della variabile indipendente abbia anche la variabile dipendente al massimo grado, piuttosto che agli altri suoi gradi [Corbetta, Gasperoni e Pisati 2021: 135]. Una cifra identica preceduta dal segno "-" avrebbe invece indicato una relazione negativa, ossia caratterizzata dalla diminuzione di una delle due variabili al crescere dell'altra.

Tab. 10 – Indice gamma calcolato per le variabili ordinali (domande 06-10, 12 e C05)

Sintomi fisici	V. indipendenti						Atteggiamento famiglia
	Ore svolte in pandemia	Contagio proprio*	Contagio famigliari*	Contagio colleghi*	Decesso colleghi*	Lontananza famiglia*	
Insomnia	0,163	0,104	0,094	0,160	0,334	0,325	0,176
Inappetenza	0,269	0,325	0,343	0,185	0,347	0,418	0,096
Mal di testa	0,211	0,219	0,286	0,108	0,221	0,361	0,116
Disturbi di stomaco	0,206	0,176	0,218	0,147	0,327	0,332	0,134
Disturbi intestinali	0,149	0,261	0,297	0,146	0,324	0,343	0,128
Stanchezza/spossatezza	0,165	0,180	0,246	0,184	0,205	0,362	0,094
Malessere generale	0,131	0,101	0,221	0,166	0,261	0,369	0,147
Ipersomnia	0,033	0,158	0,272	0,239	0,100	0,357	0,055
Capacità ridotte	0,070	0,241	0,290	0,156	0,186	0,436	0,121
Difficoltà sfera sessuale	0,091	0,176	0,350	0,200	0,278	0,360	0,166
<i>Sintomi psicologici</i>							
Paura irrazionale	0,058	0,053	0,173	0,123	0,192	0,206	0,213
Sensazione di ansia	-0,011	0,105	0,222	0,206	0,222	0,310	0,231
Distacco emotivo	0,138	0,140	0,171	0,099	0,222	0,298	0,067
Auto-isolamento	0,012	0,180	0,265	0,171	0,265	0,520	0,208
Iper-vigilanza	0,077	0,161	0,274	0,167	0,286	0,408	0,212
Incapacità emozioni positive	0,035	0,152	0,306	0,183	0,288	0,305	0,231
Senso alterato della realtà	0,087	0,094	0,257	0,169	0,209	0,311	0,206
Evitamento ricordi	0,102	0,203	0,290	0,173	0,264	0,330	0,177
Difficoltà concentrazione	0,056	0,118	0,292	0,206	0,283	0,349	0,205
Sofferenza	0,077	0,115	0,332	0,152	0,283	0,332	0,215
Mancanza interesse	0,082	0,101	0,295	0,184	0,315	0,353	0,222
Pianto	0,032	0,204	0,272	0,172	0,296	0,376	0,179
Evitamento impegni	0,039	0,113	0,240	0,186	0,256	0,345	0,181

Incubi	0,142	0,144	0,293	0,141	0,343	0,335	0,228
Alterazioni memoria	0,067	0,193	0,325	0,129	0,247	0,371	0,197
Umore irritabile	0,090	0,073	0,215	0,201	0,243	0,356	0,157
Spericolatezza	0,240	0,137	0,317	0,160	0,361	0,527	0,189
<i>Emozioni positive</i>							
Utilità	0,207	0,077	0,085	0,006	0,005	0,116	-0,076
Capacità	0,245	0,070	0,079	0,010	0,035	0,142	-0,065
Stima altrui	0,209	0,111	0,065	0,005	0,035	0,062	-0,089
Autostima	0,173	0,097	0,038	-0,027	-0,016	0,029	-0,081
Appartenenza	0,159	0,005	0,044	0,006	0,052	0,059	-0,085
Riconoscimento	0,156	0,062	0,034	-0,037	0,032	0,002	-0,086
Competenze	0,243	0,092	0,099	-0,031	0,086	0,103	-0,068
Connessione	0,193	0,040	0,040	-0,015	0,066	0,113	-0,056
Orgoglio	0,178	0,111	0,058	-0,004	0,018	0,095	-0,090

* Le risposte a queste domande sono state ricodificate, rispetto all'ordine stabilito nel questionario, in maniera da far corrispondere l'ordine di gravità delle risposte con numeri crescenti (es. "No" è stato fatto corrispondere a 1 e così via).

Le risposte alla domanda 07, concernente l'eventuale contagio proprio, sono state ulteriormente ricodificate accorpando le risposte relative ai sintomi gravi ed ai sintomi molto gravi, essendo queste ultime una base troppo esigua (6).

Tab. 11 – Indice gamma calcolato per le variabili ordinali (domanda E01*)

		V. indipendenti						
		<i>Disinf. Trasm.</i>	<i>Disinf. Peric.</i>	<i>Mancanza DPI</i>	<i>Disinf. Uso DPI</i>	<i>Disinf. malati</i>	<i>Disinf. Circol.</i>	<i>Mancanza Tamponi</i>
Sintomi fisici								
	Insomnia	0,429	0,373	0,451	0,439	0,443	0,386	0,382
	Inappetenza	0,379	0,302	0,442	0,393	0,448	0,341	0,376
	Mal di testa	0,357	0,341	0,403	0,393	0,404	0,431	0,326
	Disturbi di stomaco	0,440	0,368	0,488	0,453	0,462	0,416	0,414
	Disturbi intestinali	0,392	0,352	0,487	0,455	0,472	0,463	0,346
	Stanchezza/spossatezza	0,355	0,325	0,434	0,402	0,410	0,380	0,368
	Malessere generale	0,400	0,377	0,496	0,473	0,414	0,462	0,413
	Ipersomnia	0,421	0,445	0,353	0,436	0,425	0,504	0,360
	Capacità ridotte	0,436	0,391	0,451	0,501	0,419	0,478	0,425
	Difficoltà sfera sessuale	0,358	0,353	0,399	0,475	0,373	0,501	0,379
Sintomi psicologici								
	Paura irrazionale	0,376	0,384	0,354	0,429	0,411	0,389	0,347
	Sensazione di ansia	0,408	0,388	0,403	0,428	0,423	0,403	0,399
	Distacco emotivo	0,436	0,415	0,349	0,433	0,412	0,459	0,385
	Auto-isolamento	0,362	0,341	0,348	0,382	0,400	0,408	0,431
	Iper-vigilanza	0,429	0,420	0,372	0,413	0,402	0,439	0,428
	Incapacità emozioni positive	0,398	0,378	0,298	0,420	0,373	0,386	0,328
	Senso alterato della realtà	0,473	0,454	0,407	0,506	0,409	0,528	0,425
	Evitamento ricordi	0,336	0,325	0,343	0,427	0,382	0,447	0,352
	Difficoltà concentrazione	0,419	0,392	0,424	0,493	0,469	0,463	0,391
	Sofferenza	0,385	0,371	0,349	0,411	0,404	0,432	0,382
	Mancanza interesse	0,336	0,286	0,276	0,358	0,382	0,394	0,345
	Pianto	0,303	0,290	0,319	0,331	0,338	0,367	0,335
	Evitamento impegni	0,468	0,392	0,351	0,464	0,427	0,505	0,442

Incubi	0,379	0,393	0,404	0,458	0,375	0,454	0,381
Alterazioni memoria	0,409	0,389	0,412	0,507	0,448	0,483	0,410
Umore irritabile	0,425	0,408	0,406	0,486	0,477	0,488	0,374
Spericolatezza	0,404	0,411	0,350	0,485	0,482	0,538	0,416
<i>Emozioni positive</i>							
Utilità	0,269	0,267	0,220	0,138	0,220	0,166	0,222
Capacità	0,275	0,246	0,243	0,188	0,214	0,221	0,238
Stima altrui	0,193	0,178	0,197	0,114	0,179	0,135	0,181
Autostima	0,202	0,178	0,172	0,174	0,155	0,148	0,144
Appartenenza	0,222	0,177	0,201	0,096	0,175	0,104	0,155
Riconoscimento	0,164	0,112	0,154	0,090	0,127	0,089	0,132
Competenze	0,223	0,210	0,222	0,140	0,220	0,197	0,158
Connessione	0,212	0,174	0,172	0,068	0,148	0,142	0,160
Orgoglio	0,212	0,179	0,202	0,125	0,169	0,133	0,162

* Naturalmente anche la domanda E01, in quanto domanda di scala, è stata trasformata in una variabile ordinale a tre gradi: i medesimi "Poco o per nulla", "Abbastanza" e "Molto" impiegati per le variabili dipendenti (si veda in proposito anche il capitolo 10)

Lo studio della relazione tra i segnali di malessere fisico e psicologico e tutte le difficoltà affrontate mostra invece, come ipotizzato, una relazione costantemente forte e positiva: dalla tabella 11 si evince infatti che, all'aumentare della percezione di ognuna delle difficoltà, aumentano i sintomi fisici, soprattutto per quanto riguarda la *mancaza di DPI*. I valori di *gamma* sono infatti tutti piuttosto alti, compresi tra 0,30 e 0,50. Altrettanto dicasi per i sintomi psicologici, con *gamma* compreso tra 0,28 e 0,54, ma in questo caso l'assenza di DPI ha la correlazione meno forte rispetto alla *mancaza di informazioni circa la circolazione del virus*, che evidentemente interferisce soprattutto con la sfera emotiva.

Generalmente meno forte è invece la correlazione di questi fattori con le emozioni positive, come prevedibile, ma comunque senza correlazioni negative. In altre parole, le varie forme di difficoltà non determinano il calo di emozioni positive, probabilmente perché esse sono ancorate all'identità e ai valori di essere volontari e volontarie.

Infine, con riferimento ai *dati socio-demografici*, la tabella 12 mostra che l'*età* correla in maniera fortemente negativa con i sintomi fisici e con quelli psicologici, cioè essi diminuiscono nettamente al crescere dell'età, con valori di *gamma* compresi fra un minimo di -0,19 per l'insonnia e -0,52 per l'iper-sonnia. Altrettanto vale, ma con meno forza, rispetto all'*anzianità associativa*, che presenta valori compresi fra 0,01 e -0,25, afferenti alle medesime criticità.

I sintomi aumentano invece con il progredire del *titolo di studio*: in altre parole, i soggetti con un grado di istruzione più alto hanno risentito maggiormente dell'impatto fisico e psicologico della pandemia, come dimostra ad esempio il valore 0,27 della difficoltà di concentrazione.

Differentemente da altre variabili, le emozioni positive seguono lo stesso andamento dei sintomi rispetto alle informazioni biografiche, quindi sono più intense nella giovane età e meno intense col crescere degli anni. Correlano in modo armonico, ma non molto forte con l'anzianità associativa e il titolo di studio.

Tab. 12 – Indice gamma calcolato per le variabili ordinali (domande F01, F03, F09)

V. dipendenti		V. indipendenti	
<i>Sintomi fisici</i>	<i>Classi di età</i>	<i>Titolo di studio*</i>	<i>Durata militanza</i>
Insonnia	-0,191	0,219	0,013
Inappetenza	-0,322	0,129	-0,133
Mal di testa	-0,461	0,235	-0,170
Disturbi di stomaco	-0,358	0,138	-0,119
Disturbi intestinali	-0,336	0,228	-0,171
Stanchezza/sposatezza	-0,344	0,233	-0,054
Malessere generale	-0,363	0,229	-0,094
Ipersonnia	-0,525	0,224	-0,249
Capacità ridotte	-0,400	0,174	-0,174
Difficoltà sfera sessuale	-0,218	0,094	-0,030
<i>Sintomi psicologici</i>			
Paura irrazionale	-0,266	0,149	0,011
Sensazione di ansia	-0,307	0,257	-0,049
Distacco emotivo	-0,366	0,223	-0,080
Auto-isolamento	-0,338	0,237	-0,093
Iper-vigilanza	-0,298	0,175	-0,074
Incapacità emozioni positive	-0,334	0,223	-0,072
Senso alterato della realtà	-0,466	0,173	-0,189
Evitamento ricordi	-0,337	0,174	-0,141
Difficoltà concentrazione	-0,445	0,273	-0,160
Sofferenza	-0,314	0,259	-0,129
Mancanza interesse	-0,292	0,157	-0,121
Pianto	-0,397	0,220	-0,155
Evitamento impegni	-0,235	0,236	-0,067
Incubi	-0,440	0,274	-0,223
Alterazioni memoria	-0,382	0,188	-0,156
Umore irritabile	-0,418	0,254	-0,120
Spericolatezza	-0,667	0,101	-0,351
<i>Emozioni positive</i>			
Utilità	-0,126	0,119	0,041
Capacità	-0,173	0,114	0,056
Stima altrui	-0,128	0,069	0,050
Autostima	-0,120	0,076	0,006
Appartenenza	-0,114	0,154	0,050
Riconoscimento	-0,111	0,070	0,015
Competenze	-0,225	0,062	-0,077
Connessione	-0,166	0,100	-0,038
Orgoglio	-0,156	0,040	-0,017

* Le risposte alla domanda F03, concernente il titolo di studio, sono state ricodificate accorpando le risposte relative a Licenza elementare e Licenza media, essendo le prime una base troppo esigua (10).

8.3. Conclusioni

In base a questi dati e alla loro analisi, i volontari emergono come *soggetti resilienti* con contenuti livelli di sintomi fisici e psicologici di *stress* e alti livelli di emozioni positive, connesse al servizio volontario prestato alla comunità anche in un momento storico così complesso e impegnativo. Le maggiori fragilità si sono riscontrate con sintomi fisici di “forte stanchezza” e psicologici di “ansia”.

Per quanto concerne le possibili influenze di altri fattori su tali sintomi, le analisi svolte ci inducono a formulare le seguenti conclusioni.

Anzitutto, relativamente all'*ondata pandemica*, si può osservare che la prima ondata ha avuto un impatto minore delle due successive sui sintomi di *stress*. Inoltre, come era prevedibile, le attività più “pesanti” sono state il servizio di “118” ed i “trasporti sociali”.

Le difficoltà inerenti la pandemia, l'informazione sul virus e sui DPI hanno influenzato i sintomi, ma non hanno scalfito le cognizioni positive sul proprio operato. Viceversa, i fattori che più hanno interferito sono stati con ogni evidenza quelli relativi al contagio dei propri cari, alla lontananza dalla famiglia, al decesso di colleghi ed al decesso delle persone assistite, qualunque fosse la modalità con cui i soggetti ne sono venuti a conoscenza. In proposito è significativo il contrasto con la bassa incidenza del proprio contagio: ciò sembrerebbe confermare nei volontari e nelle volontarie atteggiamenti di interesse e premura verso l'altro.

Al contrario, in un certo senso sorprendentemente, l'aumento dell'ammontare di “ore di servizio” prestate non ha inciso significativamente sull'aumento dell'intensità dei sintomi, né, d'altro canto, le “forme di assistenza” prestate dalla rete ANPAS hanno influenzato particolarmente l'aumento della loro frequenza. Anche l'eventualità del contagio dei colleghi e l'atteggiamento tenuto dalla famiglia non hanno avuto effetti di rilievo: il primo ha determinato valori generalmente bassi e non dissimili da quelli del proprio contagio, mentre il secondo ha inciso limitatamente e solo sui sintomi psicologici.

C'è stata, inoltre, una forte adesione alla campagna vaccinale da parte dei volontari e delle volontarie con forti emozioni positive nella maggior parte di loro, ma con scarsa ricaduta sui sintomi fisici e psicologici di *stress*.

Infine, con riferimento alle *variabili socio-demografiche*, e sottolineando ancora l'alta resilienza mostrata dalla maggioranza del campione, risultano decisamente essere fattori protettivi l'età matura, la convivenza con una famiglia propria (anche con figli minorenni) e la fede cattolica, mentre la durata della militanza in sé stessa non determina una particolare sicurezza. Invece, appartenere al genere femminile ed avere un titolo di studio alto aumentano fortemente il rischio di fragilità. Altri fattori che possono influenzare il rischio di sviluppare sintomi sono la condizione di studente (e non

sorprendentemente, quella di pensionato) e le professioni più qualificate: insegnante o dirigente.

Riferimenti bibliografici

Corbetta P., Gasperoni G., Pisati M. (2021), *Statistica per la ricerca sociale*, il Mulino, Bologna.

9. *L'impatto della pandemia sulle relazioni sociali*

di *Andrea Bassi*

In questo capitolo ci proponiamo di illustrare e commentare le risposte degli intervistati alle domande contenute nella quarta e quinta sezione del questionario concernenti l'impatto della pandemia sulle relazioni familiari, amicali (sette domande) e lavorative (tre domande distinte in base all'ondata pandemica indicata dal rispondente).

I quesiti della quarta sezione sono volti a rilevare in che misura l'attività di volontariato svolta in periodo pandemico abbia avuto impatti sulle relazioni familiari e in caso affermativo quali; le ragioni di eventuali ricadute negative sulle relazioni con i vari componenti del nucleo familiare; l'atteggiamento della famiglia nei confronti dell'attività di volontariato svolta dal rispondente; se lo svolgimento dell'azione volontaria abbia comportato quarantene obbligatorie e quale impatto queste ultime abbiano avuto sulla vita familiare.

Le domande della quinta sezione si propongono di raccogliere informazioni circa l'impatto dello svolgimento dell'attività di volontariato in periodo pandemico sulla vita lavorativa dell'intervistato. I quesiti sono stati impostati in modo distinto per coloro che hanno vissuto la prima ondata come maggiormente problematica, rispetto a chi ha indicato la seconda o la terza.

9.1. Relazioni familiari

Il primo quesito che abbiamo posto ai volontari che hanno partecipato all'indagine è stato formulato in modo da raccogliere informazioni sul grado di incidenza che l'attività volontaria svolta in periodo pandemico ha avuto sulle relazioni con alcuni componenti del nucleo familiare.

Abbiamo individuato quattro figure parentali (coniuge/partner; figli; genitori; fratelli/sorelle) per ciascuna delle quali è stato chiesto al rispondente di indicare il livello (grado) di influenza che il proprio impegno volontario ha avuto in termini negativi sulla qualità del rapporto. È stata proposta una

scala a sei posizioni (da 1 a 6) dove 1 stava ad indicare il valore minimo (per nulla) e 6 quello massimo (moltissimo).

La tabella 1 riporta i valori assoluti e percentuali delle risposte affermative (accorpando i punteggi da 2 a 6) fornite dai volontari coinvolti nell'indagine.

Tab. 1 – Ci puoi dire in che misura l'attività di volontariato da te svolta durante la pandemia ha influito negativamente sulle tue relazioni familiari

	V.A	%	Base
Rapporto con il/la coniuge (partner)	735	28,3	2.599
Rapporti con i figli	378	15,2	2.489
Rapporti con i genitori	886	34,8	2.549
Rapporti con fratelli/sorelle	610	24,1	2.534

Come è possibile osservare coloro che segnalano un qualche tipo di impatto negativo non sono molto numerosi. Le due tipologie di componenti familiari rispetto alle quali si è avuta la ricaduta maggiore sono i genitori, indicati da un terzo (34,8%) dei rispondenti, e il partner, che raccoglie oltre un quarto (28,3) delle risposte valide. Seguono i rapporti con fratelli/sorelle (24,1%) e con valori molto ridotti (15,2%) i rapporti con i figli.

La tabella 1bis fornisce una diversa rappresentazione degli stessi dati. In questo caso abbiamo accorpato i punteggi da 1 a 6 in tre categorie: punteggi 1 e 2 = basso; punteggi 3 e 4 = medio; punteggi 5 e 6 = alto.

Tab. 1bis – Attività di volontariato svolta durante la pandemia ha influito negativamente sulle relazioni familiari (scala a tre gradi)

	Basso	Medio	Alto	Base
Rapporto con il/la coniuge (partner)	85,6	10,9	3,5	2.599
Rapporti con i figli	94,0	4,8	1,2	2.489
Rapporti con i genitori	80,3	14,7	5,0	2.549
Rapporti con fratelli/sorelle	87,3	9,1	3,6	2.534

L'andamento ovviamente è il medesimo di quello sopra illustrato e commentato ma questa diversa modalità di analisi ci consente di osservare che le ricadute nei rapporti con i genitori sono state indicate come "abbastanza" o "molto" problematiche da circa un quinto (19,7%) dei rispondenti; quelle nei rapporti con il partner da circa il 15%; quelle nei rapporti con fratelli e sorelle da poco più di un rispondente ogni dieci (12,7%); infine quelle con i figli "solo" dal 6%.

A nostro avviso questi dati ci dicono che i volontari sono stati costretti, in ragione della loro attività ad alto rischio di contagio, a ridurre le relazioni con i propri genitori, specie se molto anziani, e/o ad adottare accorgimenti nelle relazioni con altri familiari adulti quali il partner e fratelli/sorelle. Mentre meno preoccupazione hanno destato le relazioni con i figli/e, ciò anche in

ragione del fatto che, soprattutto nella prima e nella seconda ondata pandemica, i giovani (e in particolare i giovanissimi) sembravano in qualche modo immuni dal contagio.

Le prime varianti del virus che si sono diffuse in Occidente sono risultate essere particolarmente pericolose per gli anziani (*over 65 anni*) e i grandi anziani (*over 75 e over 85*). Nella prima fase di diffusione del virus i decessi e i ricoveri in terapia intensiva erano quasi esclusivamente costituiti da persone in queste fasce di età.

La domanda sopra illustrata e commentata era seguita da una domanda a risposta aperta in cui si chiedeva ai volontari di riportare altre situazioni, diverse da quelle precedentemente elencate, che sono state influenzate negativamente dall'attività di volontariato svolta durante la pandemia.

In un certo senso sorprendentemente hanno risposto a questa domanda ben 519 persone pari a poco meno di un quinto dei rispondenti, valori inusualmente elevati soprattutto nel caso di questionari auto-compilati online. A nostro avviso ciò segnala un "desiderio" di parlare, di farsi sentire, da parte dei volontari che hanno partecipato all'indagine, dopo un lungo periodo di silenzio.

Essi hanno colto l'occasione della ricerca come un'opportunità per far sentire la propria voce, per comunicare il loro disagio, per fornire una testimonianza dall'interno, di chi si è trovato in un certo senso "catapultato" in prima linea a fronteggiare una situazione inedita ed inaspettata che ha colto l'intero Paese – e le sue istituzioni ai vari livelli – impreparato.

Le risposte alla domanda aperta saranno oggetto di analisi nel paragrafo successivo.

La terza domanda di questa sezione ha cercato di rilevare le motivazioni sottostanti le difficoltà sopra illustrate e commentate.

Agli intervistati sono state presentate quattro motivazioni ("timore di contagiare gli altri componenti del nucleo familiare"; "riduzione del tempo trascorso in famiglia"; "difficoltà a lasciare fuori di casa le preoccupazioni"; "stanchezza, affaticamento fisico del volontario"), per ciascuna delle quali è stato chiesto al rispondente di indicare il grado di intensità. È stata proposta una scala a quattro posizioni (da 1 a 4) dove 1 stava ad indicare il valore minimo (per nulla) e 4 quello massimo (molto).

Tab. 2 – Ci puoi dire in che misura le ragioni sotto riportate hanno influito su tali difficoltà

	Per nulla	Poco	Abba- stanza	Molto	Base
Timore di contagio	20,8	27,4	35,5	16,2	2.576
Poco tempo trascorso insieme	42,7	24,6	23,2	9,6	2.469
Difficoltà a lasciare fuori di casa le preoccupazioni	44,3	27,2	21,1	7,5	2.475
Stanchezza	34,8	28,2	25,5	11,5	2.497

Come è possibile osservare dai dati riportati nella tabella 2, la voce che presenta il valore “molto” più elevato (16,2%) è quella relativa alla paura di essere fonte di contagio per gli altri membri della famiglia, in particolare quelli più anziani. In secondo luogo troviamo la motivazione legata alla dimensione fisica ovvero quella della “stanchezza” indicata come molto influente da più di un volontario ogni dieci (11,5%).

La tabella 2bis presenta i medesimi dati in un’altra modalità: accorpando i punteggi 1 e 2 da un lato e i punteggi 3 e 4 dall’altro è stata creata una variabile dicotomica a due stati: “Sì” e “No”.

Come emerge chiaramente la paura di contagiare è stata indicata da poco più della metà dei rispondenti, seguita dalla stanchezza fisica che raccoglie il 37% delle voci “abbastanza” e “molto e dalla scarsità di tempo da trascorrere in famiglia indicata da un terzo (32,7%) dei rispondenti.

Tab. 2bis – Ragioni che hanno influito su difficoltà familiari (variabile dicotomica)

	NO	Sì	Base
Timore di contagio	48,2	51,8	2.576
Poco tempo trascorso insieme	67,3	32,7	2.469
Difficoltà a lasciare fuori di casa le preoccupazioni	71,5	28,5	2.475
Stanchezza	63,0	37,0	2.497

Anche in questo caso la domanda sopra illustrata e commentata era seguita da una domanda a risposta aperta in cui si chiedeva ai volontari di riportare altre motivazioni, diverse da quelle sopra elencate, che hanno influito sulle difficoltà nei rapporti familiari.

Le risposte alla domanda aperta saranno analizzate nella seconda parte del paragrafo successivo.

La quinta domanda ha teso ad indagare quale fosse stato l’atteggiamento prevalente da parte della famiglia nei confronti dello svolgimento dell’attività di volontariato durante la pandemia.

Tab. 3 – Qual è stato l’atteggiamento prevalente della tua famiglia rispetto allo svolgimento dell’attività di volontariato durante la pandemia? (una sola risposta)

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida
Di sostegno o di supporto	1.337	49,7	50,4
Di preoccupazione tua salute	994	37,0	37,5
Di preoccupazione loro salute	227	8,4	8,6
Di contrarietà	96	3,6	3,6
Totale	2.654	98,7	100,0
Mancanti	35	1,3	
Totale	2.689	100,0	

Come è possibile osservare dai dati riportati in tabella 3 la metà dei volontari (50,4%) ha potuto contare sul “sostegno e supporto” da parte della propria famiglia pur a fronte delle numerose difficoltà riscontrate. Più di un

terzo (37,5%) segnala il fatto che la famiglia fosse preoccupata per la salute del rispondente. Mentre del tutto minoritarie sono le situazioni che esprimono una certa apprensione da parte dei componenti del nucleo familiare per la loro salute (8,6%), nonché i casi di aperta contrarietà circa l'attività volontaria svolta (3,6%).

Nel complesso è possibile affermare che i volontari che hanno partecipato all'indagine hanno potuto contare in larga maggioranza su un ambiente familiare supportivo e solidale con l'impegno volontario profuso, pur a fronte di una certa preoccupazione per la salute del rispondente.

La domanda successiva si è proposta di rilevare se gli intervistati fossero stati costretti – in ragione della loro attività di volontariato – ad effettuare quarantene obbligatorie. La tabella 4 mostra come tale numero non sia stato particolarmente elevato, coinvolgendo poco meno del 13% dei rispondenti (340 persone).

Tab. 4 – A seguito della tua attività di volontariato sei stato/a costretto/a a quarantene obbligatorie?

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida
Sì	340	12,6	12,8
No	2.313	86,0	87,2
Totale	2.653	98,7	100,0
Mancanti	36	1,3	
Totale	2.689	100,0	

Si è voluto anche sondare se tali quarantene avessero avuto un qualche impatto sulla famiglia nonché l'intensità di tali ricadute.

A tal fine è stata predisposta una domanda in cui si chiedeva di scegliere – in una scala da 1 a 6 – quale fosse stata la portata della quarantena sulle attività ordinarie della famiglia. In cui 1 indicava “nessuna differenza” e 6 il livello massimo di difficoltà: “molto faticoso”. Il quesito è stato posto agli intervistati che avevano risposto affermativamente alla domanda precedente, ovvero 340 persone.

Come è possibile osservare dai dati riportati nelle tabelle 5 e 5bis, solo un terzo dei rispondenti dichiara livelli bassi di impatto sulla vita familiare (34,4%). I restanti due terzi si dividono in una quota maggioritaria (41,8%) che comprende chi ha avuto un impatto medio e una quota minoritaria (circa un quarto delle risposte valide) di coloro che segnalano un impatto elevato sulla quotidianità familiare (23,8%).

Tab. 5 – In caso affermativo, qual è stato l’impatto sul tuo nucleo familiare (le persone con cui convivi)?

	Fre- quenza	Percentuale	Percentuale cumulata
1 Nessuna differenza nelle attività quotidiane della famiglia	62	18,4	18,4
2	54	16,0	34,4
3	83	24,6	59,0
4	58	17,2	76,2
5	53	15,7	91,9
6 Molto faticoso (ha compromesso le attività e l’umore di tutta la famiglia)	27	8,1	100,0
Totale	337	100,0	

Tab. 5bis – Impatto sul nucleo familiare

	Frequenza	Percentuale	Percentuale cu- mulata
Basso	116	34,4	34,4
Medio	141	41,8	76,2
Alto	80	23,8	100,0
Totale	337	100,0	

9.2. Considerazioni e commenti dei volontari

Come accennato in precedenza la sezione conteneva due domande a risposta aperta, la prima volta a raccogliere informazioni aggiuntive in merito ad altri aspetti della propria vita di relazione che hanno risentito in modo diretto dello svolgimento dell’attività di volontariato in Pubblica Assistenza. La seconda mirante ad acquisire conoscenze relativamente ad altri motivi che hanno influito sulle difficoltà riscontrate nei rapporti con i componenti della famiglia da parte del volontario.

Inaspettatamente una quota rilevante di intervistati ha ritenuto di voler fornire una risposta scritta (a volte anche piuttosto dettagliata) a tali quesiti. Nello specifico: 519 persone nel primo caso (19,3%), delle quali circa 300 (11,2%) hanno risposto affermativamente (escludendo le circa 200 persone che hanno indicato nessuna/nulla).

Nonché 349 persone nel secondo caso (13,0%), delle quali 150 persone (5,6%) hanno risposto in modo puntuale (se cioè si escludono le circa 200 persone che hanno indicato nessuna/nulla).

Si tratta di numeri imponenti. Chi ha esperienza di somministrazione di questionari strutturati sa bene che di solito le domande a risposta aperta vengono “saltate” o hanno tassi di risposta molto bassi. A nostro avviso ciò testimonia del fatto che i partecipanti all’indagine, dopo anni di isolamento, di

stress emotivo e di stanchezza fisica dovuti ad un incremento rilevante dell'impegno orario, della cadenza dei turni di servizio in ragione della pandemia, hanno colto l'occasione per far sentire la propria voce, per dar "sfogo" al loro desiderio di comunicare e di essere ascoltati.

Si tratta di testimonianze molto dense dal punto di vista umano, personale ed emotivo, ricche di spunti di riflessione sia per chi occupa posizioni di responsabilità all'interno del sistema sanitario, sia per i dirigenti della rete ANPAS, ma soprattutto per il decisore pubblico. Il quale, in base a queste testimonianze, può impostare un ridisegno dell'articolazione dei presidi sanitari e delle politiche di prevenzione e di igiene pubblica che mettano il sistema in grado di affrontare più agevolmente un eventuale nuovo evento pandemico nel prossimo futuro.

Il primo quesito recitava come segue:

Segnalaci altre situazioni, diverse da quelle precedentemente elencate, che sono state influenzate negativamente dall'attività di volontariato che hai svolto durante la pandemia.

Da una lettura approfondita delle 300 risposte fornite dai volontari intervistati a nostro avviso è possibile estrarre i seguenti quattro nuclei semantici: a) Rapporti con gli amici; b) Rapporti di lavoro; c) Relazioni familiari; d) aspetti positivi. Di seguito riportiamo un estratto delle risposte che abbiamo ritenuto maggiormente significative, suddivise per ambito tematico.

Rapporti con gli amici

Alcuni amici preferivano non frequentarmi per paura

Alcuni rapporti di amicizia. Nel senso che, essendo io più attento di molti amici (per quello che facevo) tendevo a vederli molto poco o per nulla anche quando era possibile uscire e questo ha portato all'allontanamento di alcuni

Amici che avevano paura che facendo il volontario potessi infettarli

Difficoltà nelle relazioni con gli amici. Sensazione di essere allontanata e temuta per la mia attività

È cambiato il modo di rapportarsi con gli altri, avevano un po' di timore nei confronti di tutti non solo con me

Essere tenuto a distanza da conoscenti per paura di contagiare

Evitare il contatto con me da parte di amici/conoscenti

Ho perso qualche amicizia

Rapporti di lavoro

Attività lavorativa: tenuta nascosta attività di volontariato per timore di ripercussioni.

C'è stato qualche lieve accenno sul lavoro a possibili ricadute lavorative della mia attività da volontario, ma sono stati cenni su cui ho sorvolato

C'è stato qualcuno che mi ha additata come untrice.

Colleghi di lavoro, molto disturbati dal fatto che facessi la volontaria soccorritrice nel periodo della pandemia, per paura di potergli trasmettere il virus in qualche modo

Diffidenza / timore ambiente lavorativo / assolutamente sicura e tranquilla invece durante servizio

Esilio da parte del datore di lavoro per via dei possibili contatti Covid

Fare volontariato durante la prima ondata è stato malvisto sul lavoro e in famiglia a causa del rischio contagio

Ho perso il lavoro

I colleghi di lavoro preferivano che evitassi la presenza in sede

I miei colleghi avevano paura che facendo 118, potevo portare il virus e contagiarli.

Il datore di lavoro è l'unico che mi ha fatto sentire a disagio per il fatto che ero volontaria 118 e che potevo portare il virus in azienda nonostante abbia spiegato che in turno siamo sempre super protetti con i dpi, e rispetto a tutti i miei colleghi di lavoro che andavano a far la spesa senza particolari accorgimenti... È stato molto avvilente.

In ufficio mi tenevano distante

L'azienda dove lavoravo, anziché promuovermi, mi ha lasciato a casa

Lavoro come Colf e non potevo dire che facevo volontario in quel periodo, molte volte dicevo che non facevo più servizio

Lavoro, obbligato, dopo la prima ondata, a prendere un permesso dall'attività di volontariato (perché possibile veicolatore Covid) pena il licenziamento

Lavoro, problemi con i miei titolari, tanto da dover chiedere consiglio ad un legale e fare intervenire il medico del lavoro

Non mi volevano in ufficio

Qualche perplessità da parte del datore di lavoro, immediatamente non capivano perché ci si esponesse al rischio di ammalarsi

Rapporti con i colleghi di lavoro a causa della paura di essere contagiati tramite me

Rapporto con i colleghi di lavoro che non vedevano di buon grado il mio tempo in associazione

Sono una Oss e la coordinatrice mi faceva pressione perché lasciassi il volontariato in quanto aveva paura che portassi il covid in struttura

Stigma sociale

Relazioni familiari e di mondo vitale

Distanziamento in casa con mia moglie e accorgimenti vari per evitare eventuali contagi

Durante la pandemia ho avuto tantissima paura per i mio famigliari e per mia nonna, che essendo già molto debole ho dovuto allontanarmi circa tre mesi da lei per proteggerla

Essere vista come possibile untrice dai vicini di casa

Ho dovuto rubare tempo alla famiglia e mia moglie ne ha risentito.

I vicini mi evitavano, come gli altri acquirenti nei supermercati

Il rapporto con i vicini di casa, per via della loro paura mi evitavano come la peste

Il timore dei miei familiari, avevano paura che potessi portare a casa a loro il virus

La mia famiglia era totalmente contraria all'attività di volontariato da me svolta nel periodo di pandemia, per paura che io contraessi il virus

La paura a incontrare persone care, per evitare il rischio di contagiarle

Le persone si allontanavano quando ci vedevano in divisa

Le persone ci consideravano degli untori

Mi sono lasciato con la mia ragazza

Non ho mai detto la verità ai miei genitori sui servizi che facevo

Non ho visto mia figlia per due mesi

Non ho visto mia mamma e mia sorella per tre mesi per non infettarli, dopo solo all'aperto e giustamente non si fidavano a venire in macchina con me.

Non ho Visto Nonni e parenti "fragili" per molto tempo

Non poter rivedere i propri nipoti

Non poter vedere la mia famiglia per tantissimo tempo

Non potevo vedere la mia ragazza

Per non aumentare la preoccupazione nei famigliari spesso le emozioni, in particolare quelle negative, me le sono tenute.

Paura di contagiare il partner, evitati incontri con altri familiari per non contagiarli

Paura di essere asintomatico e contagiare altri e causare la morte

Paura di essere il vettore del virus per la famiglia

Paura di essere untore x i familiari

Vedere la preoccupazione dei miei famigliari

Vicini di casa che ci evitavano x paura

Elementi positivi

Nessuna, in quanto tutti sono stati molto fieri di ciò che ho fatto. Rifarei da capo tutto senza il minimo rimpianto.

Nessuna, perché cercavamo nel nostro piccolo di aiutare gli altri.

Riconoscenza soprattutto da parte di amici

Come è possibile osservare la sensazione generale che emerge dalle dichiarazioni sopra riportate è quella di una pesantezza, di una stanchezza (fisica e psichica), in diversi casi di delusione nei confronti dell'atteggiamento di amici, conoscenti, vicini di casa che si sono allontanati proprio in ragione della preziosa attività di volontariato svolta al servizio della collettività da parte del rispondente.

Si percepisce qui una sorta di tristezza dovuta allo iato tra la rappresentazione pubblica degli operatori sanitari e dei volontari in particolare, descritti come gli "angeli della corsia", gli "eroi silenziosi" ecc., e la vita quotidiana fatta, invece, di rinunce, di costrizioni, di sacrifici personali.

Si avverte un grido che i volontari lanciano all'opinione pubblica e alle istituzioni: "ci avete lasciati soli", ad affrontare un'opera immane, scaricando su di noi, sulle nostre famiglie, il peso della paura, del terrore, che la disinformazione – soprattutto nella prima fase della pandemia – aveva fatto crescere nella cittadinanza.

Colpiscono alcune frasi laconiche, quali: "Ho perso qualche amicizia"; "Amici che avevano paura che facendo il volontario potessi infettarli"; "Essere tenuto a distanza da conoscenti per paura di contagiare".

Ma forse la dimensione che ha subito il maggior impatto negativo in relazione all'attività di volontariato svolta dai rispondenti è stata quella lavorativa. Anche qui emerge – con ancor più forza rispetto alla dimensione precedente – la discrasia tra riconoscimento pubblico (a parole) e durezza della realtà quotidiana.

L'elemento in un certo senso inconcepibile è che i volontari non solo non sono stati aiutati, supportati, incentivati dal proprio datore di lavoro per l'azione meritoria svolta durante la pandemia, ma in molti casi sono stati

ostacolati, penalizzati fino ad essere costretti a scegliere tra attività di volontariato e attività lavorativa.

Questa miopia del mondo occupazionale verso la valenza pubblica e la ricchezza personale dell'azione volontaria appare anacronistica di fronte alle conoscenze ormai acquisite¹ che il fare volontariato amplia, rafforza, le competenze e le capacità dei propri dipendenti, con ricadute positive in termini di *performance* aziendale.

Ciò che risulta ancora più triste è che questo atteggiamento di ostracismo veniva non solo dal datore di lavoro ma anche dai colleghi: “I colleghi di lavoro preferivano che evitassi la presenza in sede”, “I miei colleghi avevano paura che facendo 118, potevo portare il virus e contagiarli”, “Rapporti con i colleghi di lavoro a causa della paura di essere contagiati tramite me”, “Rapporto con i colleghi di lavoro che non vedevano di buon grado il mio tempo in associazione”.

Anche le parole usate dai volontari per descrivere il modo in cui sono stati trattati in ambito lavorativo sono significative di un disagio profondo da loro esperito: “C'è stato qualcuno che mi ha additata come untrice”; “Stigma sociale”.

Tant'è che alcuni di loro hanno dovuto mentire dicendo che avevano sospeso temporaneamente l'attività volontaria, oppure che erano stati trasferiti ad altro servizio meno a contatto con i pazienti, pur di mantenere il proprio posto di lavoro o di convivere serenamente con i colleghi.

Altri invece hanno subito conseguenze più pesanti, sono stati costretti ad interrompere l'attività di volontariato o sono stati minacciati, altri infine hanno perso il lavoro: “obbligato, dopo la prima ondata, a prendere un permesso dall'attività di volontariato (perché possibile veicolo Covid) pena il licenziamento”; “problemi con i miei titolari, tanto da dover chiedere consiglio ad un legale e fare intervenire il medico del lavoro”; “l'azienda dove lavoravo, anziché promuovermi, mi ha lasciato a casa”.

Anche la dimensione delle relazioni interpersonali primarie (famiglia, vicini di casa, ecc.) del proprio “mondo vitale”, è stata colpita duramente in conseguenza dell'attività di volontariato svolta in periodo pandemico.

Le testimonianze sono varie. Vi sono coloro che segnalano un ostracismo da parte di vicini di casa e conoscenti: “I vicini mi evitavano, come gli altri acquirenti nei supermercati”; “Il rapporto con i vicini di casa, per via della loro paura mi evitavano come la peste”; “Le persone si allontanavano quando ci vedevano in divisa”; “Le persone ci consideravano degli untori”.

Altri invece esprimono la pesantezza nell'aver dovuto stare lontano dai propri cari anche per periodi piuttosto lunghi, e ciò ha coinvolto persone di

¹ Si veda a tale proposito la bella ricerca svolta da Cristiano Caltabiano sul volontariato d'impresa: Caltabiano C. e Vinciguerra S. (2022), *Professione volontario. Le competenze del volontariato e la produzione di valore*, Rubbettino, Soveria Mannelli.

tutte le età: “Non ho visto mia figlia per due mesi”, “Non ho visto mia mamma e mia sorella per tre mesi per non infettarle, dopo solo all’aperto e giustamente non si fidavano a venire in macchina con me”, “Non ho visto Nonni e parenti “fragili” per molto tempo”, “Non poter rivedere i propri nipoti”, “Non poter vedere la mia famiglia per tantissimo tempo”, “Non potevo vedere la mia ragazza”.

Diversi intervistati esprimono un forte disagio psicologico, vissuto nel periodo pandemico, legato alla paura di contagiare i propri cari: “Per non aumentare la preoccupazione nei famigliari spesso le emozioni, in particolare quelle negative, me le sono tenute”, “Paura di contagiare il partner, evitai incontri con altri familiari per non contagiarli”, “Paura di essere asintomatico e contagiare altri e causare la morte”, “Paura di essere il vettore del virus per la famiglia”, “Paura di essere untore per i familiari”.

Anche qui come si può osservare ricorrono i termini che esprimono malessere: “untore”, paura, morte, vi è anche chi dichiara apertamente di aver tenuto dentro di sé le “emozioni negative” per non preoccupare i propri familiari, più di quanto già non lo fossero.

In questo quadro a tinte fosche non manca però qualche testimonianza, seppur rara, di carattere positivo: “Nessuna [altra situazione negativa], in quanto tutti sono stati molto fieri di ciò che ho fatto. Rifarei da capo tutto senza il minimo rimpianto”; “Nessuna, perché cercavamo nel nostro piccolo di aiutare gli altri”; “Riconoscenza soprattutto da parte di amici”.

La qual cosa ci segnala, da un lato, la fierezza (l’orgoglio) di essere volontario di Pubblica Assistenza e, dall’altro, la consapevolezza di fare un servizio di pubblica utilità ad elevato valore sociale.

È forse opportuno qui sottolineare il tema della “riconoscenza” espresso chiaramente da un intervistato. Esso ritornerà anche nella lettura delle testimonianze e dei suggerimenti alla rete ANPAS forniti dai volontari coinvolti nell’indagine illustrati e commentati nel prossimo capitolo.

Ciò che i volontari chiedono a parziale remunerazione simbolica per l’impegno profuso – a volte anche a rischio della propria incolumità – non sono tanto riconoscimenti pubblici ed ufficiali, che pure fanno piacere, ma una riconoscenza quotidiana da parte della comunità in cui essi vivono ed operano.

Il secondo quesito recitava come segue:

Segnalaci se ci sono altre motivazioni, diverse da quelle sopra elencate, che hanno influito su tali difficoltà [nelle relazioni familiari].

Di seguito riportiamo un estratto delle risposte che abbiamo ritenuto maggiormente significative.

Abitare in comuni distanti

Aspetti logistici come, per esempio, non entrare in casa con la divisa per timore di contagi e doversi svestire e vestire sul pianerottolo

Consapevolezza di essere a rischio, gratuitamente

Continua cattiva e sbagliata informazione fatta dai media che ha portato spesso a discussioni

Convivenza forzata continuativa

Gestione pessima dell'isolamento e mancanza di controlli sugli spostamenti inutili

Il panico globale delle Istituzioni in generale

Il volontariato mi ha sottratto parte dell'orario di lavoro professionale

Invidia per il vaccino ottenuto

Le motivazioni sopra riportate sono personali, io segnalerei per alcuni dei miei colleghi il punteggio massimo per le voci "stanchezza" e "difficoltà a lasciar fuori le preoccupazioni". Aggiungerei che portavano anche sul lavoro le difficoltà di casa, cosa che prima non avveniva.

Mio fratello si trovava bloccato in un'altra città ed era molto spaventato che io potessi contagiare i nostri genitori

Negazionisti in famiglia.

Non accettavano che avessimo la priorità nell'entrare nei negozi aperti

Nessuno vuole entrare in contatto con chi ha contatti con contagiati o va in pronto soccorso nelle aree per contagiati

Rimprovero da parte di fratelli/sorelle e genitori per lo svolgimento di un'attività ritenuta pericolosa per la presenza di soggetti fragili.

Senso dell'attesa

Senso di colpa

Specifico che la paura del contagio era la mia e non la loro. Pensavo di essere più al sicuro in sede o sull'ambulanza che per strada con altra gente

Stati di ansia quando ero a casa

Timore che non finisca mai

La stima degli altri mi ha fatto superare tutto.

Essere utile per il prossimo

Dalla lettura delle dichiarazioni dei volontari emerge uno stato di apprensione dovuto alla paura di contagiare i propri cari, che esprime la presenza diffusa di un senso di malessere generale: “Senso dell’attesa”, “Senso di colpa”, “Specifico che la paura del contagio era la mia e non la loro. Pensavo di essere più al sicuro in sede o sull’ambulanza che per strada con altra gente”, “Stati di ansia quando ero a casa”, “Timore che non finisca mai”.

Vengono menzionati anche casi di pressioni da parte di familiari e conoscenti per l’interruzione dell’attività di volontariato: “Mio fratello si trovava bloccato in un’altra città ed era molto spaventato che io potessi contagiare i nostri genitori”; “Rimprovero da parte di fratelli/sorelle e genitori per lo svolgimento di un’attività ritenuta pericolosa per la presenza di soggetti fragili”.

Infine, da segnalare la pressione sociale e la percezione da parte dei volontari di essere in una condizione privilegiata: “Invidia per il vaccino ottenuto”, “Non accettavano che avessimo la priorità nell’entrare nei negozi aperti”.

Anche in questo caso emergono tuttavia alcune considerazioni positive legate alle manifestazioni di *stima* e alla consapevolezza dell’*utilità sociale* della propria azione volontaria: “La stima degli altri mi ha fatto superare tutto”; “Essere utile per il prossimo”.

9.3. Relazioni lavorative

Data la centralità delle relazioni sul luogo di lavoro² per la stabilità della vita quotidiana dei volontari intervistati e il forte impatto che lo svolgimento del loro servizio in prima linea durante la pandemia ha avuto su di esse, abbiamo ritenuto opportuno dedicare un’intera sezione del questionario ad indagare tale dimensione.

In questo caso abbiamo distinto le domande sottoposte ai volontari in base al periodo pandemico da loro indicato come più problematico.

Le tabelle 6 e 7 riportano le risposte da parte di coloro che hanno scelto la prima ondata della pandemia (fine febbraio – metà giugno 2020), che ammontano a 1.862 unità, ovvero poco meno del 70% del campione complessivo³.

In primo luogo abbiamo chiesto loro di indicare il grado di difficoltà rispetto a tre dimensioni lavorative: il ritorno alla propria occupazione dopo il

² Come emerge dal fatto che il *lavoro* è stato ampiamente menzionato nelle risposte aperte della sezione precedente, nonostante non fosse ad esso dedicata.

³ Purtroppo per una serie di problemi tecnici non è stato possibile estrarre dal file delle risposte fornite online il sotto insieme di coloro che hanno indicato la seconda e la terza ondata pandemica come maggiormente difficoltose. Pertanto le analisi si sono focalizzate sulle risposte dei volontari che hanno dichiarato la prima ondata come quella di maggiore impatto.

lockdown, i rapporti con il datore di lavoro e i rapporti con i colleghi di lavoro.

Come è possibile osservare dai dati sotto riportati (tabella 6) l'aspetto che ha riscontrato le maggiori difficoltà è stato costituito dal "rientro sul luogo di lavoro" dopo il lungo periodo di confinamento: circa il 15% dei rispondenti sceglie le opzioni "abbastanza" e "molto difficile". Mentre meno problematici risultano essere i rapporti con il datore di lavoro e con i colleghi di lavoro, indicati rispettivamente dall'8,4% e dall'8,3% dei rispondenti.

Tab. 6 – Al termine del lockdown ci puoi indicare come valuti la tua situazione rispetto alle dimensioni sotto indicate relative al tuo contesto lavorativo (occupazione principale)

	Per nulla difficile	Poco difficile	Abba- stanza difficile	Molto difficile	Base
Rientro alla occupazione abituale	64,7	20,6	11,5	3,2	1.697
Rapporti con il datore di lavoro	75,7	15,9	5,8	2,6	1.612
Rapporti con i colleghi di lavoro	71,7	20,0	6,5	1,8	1.634

In merito alla domanda se il volontario avesse subito un trattamento iniquo strettamente legato alla propria attività di servizio il quadro si presenta più articolato.

Dalla sommatoria di coloro che hanno risposto affermativamente ad almeno uno degli item proposti, si evince che ben 221 persone hanno indicato di aver subito uno o più dei trattamenti riportati nella domanda (ovvero il 12,0 % dei 1.862 rispondenti), che ci pare un valore non trascurabile.

Tab. 7 – Hai subito qualche trattamento iniquo in ragione della tua attività di volontariato durante la pandemia?

	V.A.	%
Si, un demansionamento	27	1,4
Si, sono stato/a obbligato/a a lavorare da casa	148	7,9
Si, sono stato/a licenziato/a - ho dovuto cambiare lavoro	37	2,0
Si, ho dovuto lasciare l'attività di volontariato	48	2,6
Base	1.862	

La quota più rilevante (si veda tabella 7), 148 persone, è costituita da chi è stato costretto ad utilizzare il cosiddetto *smart-working* e non ha potuto rientrare sul proprio luogo di lavoro. Apparentemente minoritario, ma comunque significativo, è il numero di coloro che hanno dovuto abbandonare l'attività di volontariato, ovvero una cinquantina di persone.

Da segnalare anche coloro che sono stati licenziati o hanno dovuto cambiare lavoro, 37 persone e, infine, coloro che hanno potuto mantenere la propria occupazione ma hanno subito un demansionamento, 27 unità.

Si tratta di numeri piccoli, ma se dovessimo riportare tali percentuali all'insieme dei volontari attivi in ANPAS durante il periodo pandemico (oltre 100.000) avremmo dei valori non trascurabili: duemila persone licenziate o che sono state costrette a cambiare lavoro; duemila e seicento persone che hanno abbandonato l'attività di volontariato e mille e quattrocento persone che al loro rientro al lavoro hanno visto una riduzione della propria mansione⁴.

Anche questa sezione prevedeva una domanda a risposta aperta il cui testo è il seguente:

Nel caso abbia avuto qualche difficoltà (in ambito lavorativo) ci puoi dire quali sono stati i motivi prevalenti?

Alla domanda hanno risposto 472 persone (25,3%)⁵, delle quali circa 300 (16,1%) hanno fornito una risposta dettagliata (escludendo le circa 150 persone che hanno indicato nessuna/nulla).

Di seguito riportiamo un estratto delle risposte che abbiamo ritenuto maggiormente significative.

A causa del COVID ho perso il mio lavoro poiché sono stati fatti dei tagli nel personale

Ad oggi lavoro quasi sempre da remoto

Al rientro dal lockdown in azienda dove lavoro sono stato trattato da infettato dovendo subire condizioni al limite del ridicolo da parte del mio titolare

Alcuni colleghi avevano paura che portassi il contagio visto che svolgevo attività di volontariato

Alcuni colleghi negazionisti non hanno assolutamente condiviso le mie opinioni

Avendo avuto il covid e lavorando in un negozio mi sono trovata a scontrarmi con molta ignoranza e disinformazione da parte dei clienti.

Burn out dei colleghi

Colleghe che avevano paura di infezione perché faccio il volontario sul 118

Colleghe complottisti e contrari ai vaccini

⁴ Come più volte menzionato il nostro campione non può essere considerato rappresentativo in termini statistici, non di meno questo esercizio ci permette di avere un'idea dell'impatto devastante che lo svolgimento dell'attività di volontariato ha avuto sulla vita di queste persone, che hanno continuato a donare tempo agli altri a rischio della propria incolumità e a fronte di pesanti difficoltà in termini familiari, amicali e lavorativi.

⁵ Anche in questo caso la domanda era rivolta solo a coloro che avevano indicato come più problematica la prima ondata, ovvero 1.862 persone.

Combattere contro la stupidità

Confrontarmi con chi non ha vissuto in prima linea

Difficoltà a ridare importanza al proprio lavoro

Disabituata al rapporto di vicinanza con gli altri e fatica a passare molte ore fuori casa

È stata data dal mio datore di lavoro scarsa importanza alla situazione sanitaria e alla necessità di fornire DPI adeguati

Ero distratta e facevo fatica a riprendere il ritmo lavorativo e ho avuto difficoltà a socializzare di nuovo con i colleghi

Essendo volontaria per il datore di lavoro sono più esposta di altri al contagio e sono stata anche spostata di ufficio con la scusa che dovevano tutti mantenere le dovute distanze di sicurezza... L'ignoranza fa da padrona purtroppo

Ho cambiato lavoro e non mi trovo bene con questo

Ho fatto molta fatica a tornare alla vita pre-covid

Ignoranza dei datori di lavoro, che mi hanno accusata di aver portato il Covid in azienda quando sono stata l'unica ad aver avuto ufficialmente un tampone positivo

Il datore di lavoro mi impediva di continuare per paura di contagi

Facevo la tata a due bambini di 6 e 10 anni, sono stata licenziata perché il pediatra ha reputato il mio volontariato pericoloso per i bambini

Il medico del lavoro, nonostante lettera del presidente ANPAS, non mi avrebbe fatto rientrare se non avessi "garantito" l'interruzione dai servizi 118

Il mio datore di lavoro, preoccupato che potessi contagiare i miei colleghi e che non rendessi abbastanza sul lavoro, è stato contrario al mio proseguimento nell'attività di volontariato.

Il timore dei colleghi di dire apertamente agli altri l'eventuale presenza di sintomi

In seguito al rientro al lavoro dopo il primo lockdown ho provato un senso di inadeguatezza poiché abituato tutti i giorni a vestirmi per andare in ambulanza. Ci ho messo qualche settimana per riabituarmi

Ignoranza riguardo al covid dei miei colleghi (*fake news* su internet)

Isolato ed evitato perché possibile "untore"

La formazione a distanza, unita al lockdown mi hanno completamente distrutto psicologicamente. Ho avuto bisogno di staccare per qualche mese dal volontariato prima di riuscire a salire nuovamente in ambulanza.

La mentalità della proprietà aziendale nel non comprendere le difficoltà legate al contesto storico vissuto (carico di lavoro, difficoltà di reperimento merci e contagi interni all'azienda vissuti come colpa della persona malata)

La negazione della pandemia e dei vaccini da parte di colleghi no-vax

Paura da parte dei colleghi per l'attività di volontariato (emergenza) svolta. Paura che durante gli interventi fatti potessi essere contagiata e trasmettere a loro il virus quando tornavo a lavorare.

Paura del contagio da parte dei colleghi dell'ufficio

Poco rispetto delle norme anticontagio

Preferivo fare servizio in ambulanza che svolgere il mio attuale lavoro

Quello che mi manca è il rapporto con i colleghi. Alcuni se ne approfittano e lavorano da casa da oltre un anno ma del resto ognuno sceglie la vita che vuole non sta a me giudicare. Mi mancano perché amo parlare della vita quotidiana con tutti ma questo non mi ferma di certo nell'andare avanti.

Riduzione personale causa effetti pandemia

Solo difficoltà di resistenza fisica dovuta al susseguirsi del lavoro e dei turni 118 senza riposo

Sono un camionista e ho dovuto abbandonare il servizio di volontariato durante i giorni lavorativi, però la domenica mi mettevo di turno nella mia associazione

Tanto lavoro, nessuna assunzione dopo i pensionamenti

Timore di contagio e scarsa fiducia nei comportamenti igienici degli altri.

Venivi guardato con sospetto

I brevi brani sopra riportati mostrano un universo variegato di esperienze, aspettative, desideri, timori che i volontari ANPAS vogliono comunicare all'esterno, pur nell'ambito di un'indagine scientifica, per sua natura asettica.

Un *primo* insieme di considerazioni riguarda le difficoltà riscontrate nel rientrare al lavoro dopo un lungo periodo di assenza (forzata): “Difficoltà a ridare importanza al proprio lavoro”, “Disabituata al rapporto di vicinanza con gli altri e fatica a passare molte ore fuori casa”, “Ero distratta e facevo fatica a riprendere il ritmo lavorativo e ho avuto difficoltà a socializzare di nuovo con i colleghi”, “La formazione a distanza, unita al lockdown mi hanno completamente distrutto psicologicamente. Ho avuto bisogno di staccare per qualche mese dal volontariato prima di riuscire a salire nuovamente in ambulanza”.

Nella loro schiettezza e assertività queste risposte ci segnalano con forza un malessere diffuso (disorientamento) che gli intervistati hanno esperito nel rientrare al lavoro dopo la lunga pausa del confinamento. E in particolare il

carico psicologico accumulato durante la prima ondata della pandemia, viene alla luce e si palesa in modo inequivocabile. L'assenza di relazioni sociali sperimentata negli ultimi mesi inizia a mostrare i suoi effetti devastanti sul piano del benessere individuale, nel momento della ripresa delle attività (la cosiddetta ripartenza).

Un *secondo* gruppo di affermazioni concerne l'atteggiamento del datore di lavoro nei confronti del dipendente che svolge attività di volontariato nel settore delle emergenze e del trasporto sanitario. Riportiamo alcune testimonianze: "Al rientro dal lockdown in azienda dove lavoro sono stato trattato da infettato dovendo subire condizioni al limite del ridicolo da parte del mio titolare", "Essendo volontaria per il datore di lavoro sono più esposta di altri al contagio e sono stata anche spostata di ufficio (...)", "Ignoranza dei datori di lavoro, che mi hanno accusata di aver portato il Covid in azienda quando sono stata l'unica ad aver avuto ufficialmente un tampone positivo".

Un *terzo* insieme di testimonianze riguarda i rapporti con i colleghi di lavoro, in molti casi anch'essi difficili e problematici, spesso per mancanza di conoscenze sulle modalità di diffusione del contagio o in base a notizie non corrette diffuse dai media.

Nel complesso, il ritorno alla propria occupazione abituale è stato piuttosto difficoltoso – pur se per una minoranza dei partecipanti alla presente indagine – e ha richiesto un periodo di tempo non irrilevante prima di riuscire a riprendere il ritmo della normalità e della quotidianità: "In seguito al rientro al lavoro – dopo il primo lockdown – ho provato un *sensò di inadeguatezza*, poiché abituato tutti i giorni a vestirmi per andare in ambulanza. Ci ho messo qualche settimana per riabituarmi".

Vorrei chiudere il commento alle domande di questa sezione richiamando le parole di un intervistato, che a mio avviso sintetizzano lo spirito dei volontari ANPAS in modo esemplare: "Sono un camionista e ho dovuto abbandonare il servizio di volontariato durante i giorni lavorativi, però la domenica mi mettevo di turno nella mia associazione" e ci consentono di guardare al futuro con uno sguardo di speranza e di moderato ottimismo.

10. Il supporto della rete ANPAS ai volontari durante la pandemia

di *Andrea Bassi*

In questo capitolo ci proponiamo di illustrare e commentare le risposte degli intervistati alle domande contenute nella sesta sezione del questionario, concernenti le principali difficoltà riscontrate durante la pandemia ed il supporto fornito dalla Pubblica Assistenza a cui i rispondenti aderiscono, nonché dalla rete ANPAS in generale.

Si tratta di cinque domande, di cui due a risposta aperta, volte a rilevare: la tipologia di difficoltà esperite dagli intervistati e la loro intensità; il tipo di aiuto, sostegno, supporto ricevuto dalla propria sede associativa e/o dalla rete ANPAS in generale; il grado di soddisfazione complessivo relativo ai servizi ricevuti; e i suggerimenti per migliorare il rapporto tra associazione (rete associativa) e volontario durante eventi pandemici.

10.1. Difficoltà riscontrate durante la pandemia

Il primo quesito che abbiamo posto ai volontari che hanno partecipato all'indagine è stato formulato in modo da raccogliere informazioni sulle maggiori difficoltà che hanno dovuto affrontare nello svolgimento della loro attività di volontariato.

Abbiamo individuato sette tipologie di difficoltà, due di carattere pratico: “mancanza di tamponi” e “mancanza di dispositivi di sicurezza”; due relative alla scarsità di informazioni sull'uso dei dispositivi di sicurezza e su come trattare i malati; due concernenti il virus vero e proprio: “mancanza di informazioni sulle modalità di trasmissione del virus” e “mancanza di informazioni sulla gravità/pericolosità del virus”; ed infine un ultimo item relativo alla conoscenza delle limitazioni sulla circolazione durante le varie fasi dell'emergenza. È stata proposta una scala a sei posizioni (da 1 a 6) dove 1 stava ad indicare il valore minimo (Per nulla) e 6 quello massimo (Moltissimo).

Al fine di agevolare la leggibilità dei dati abbiamo creato una variabile dicotomica (sì/no) accorpando i punteggi da 2 a 6 (risposte affermative fornite dai volontari coinvolti nell'indagine). La tabella 1 riporta i valori percentuali di tali risposte.

Tab. 1 – Quali sono state le maggiori difficoltà che hai dovuto affrontare nello svolgimento della tua attività di volontariato durante la pandemia

Difficoltà nello svolgere attività di volontariato	%
1. – Mancanza di tamponi	49,7
2. – Mancanza di dispositivi di sicurezza	46,2
3. – Mancanza di indicazioni chiare su come trattare i malati	43,3
4. – Mancanza di informazioni sulle modalità di trasmissione del virus	41,8
5. – Mancanza di informazioni sulla gravità/pericolosità del virus	38,4
6. – Difficoltà a conoscere le limitazioni sulla circolazione sul territorio durante le varie fasi dell'emergenza	34,8
7. – Mancanza di informazioni su come usare i dispositivi di sicurezza	29,8

Percentuali calcolate sulle risposte valide (attorno al 5% di non risposte)

Tab. 1bis – Maggiori difficoltà affrontate nello svolgimento dell'attività di volontariato durante la pandemia (scala a tre gradi)

	Basso	Medio	Alto	Base
1. – Mancanza di tamponi	71,0	17,0	12,0	2.518
2. – Mancanza di dispositivi di sicurezza	72,2	17,3	10,4	2.560
3. – Mancanza di indicazioni chiare su come trattare i malati	76,7	16,3	7,1	2.532
4. – Mancanza di informazioni sulle modalità di trasmissione del virus	78,0	15,1	6,9	2.565
5. – Mancanza di informazioni sulla gravità/pericolosità del virus	80,1	13,6	6,3	2.497
6. – Difficoltà a conoscere le limitazioni sulla circolazione sul territorio durante le varie fasi dell'emergenza	83,1	11,4	5,5	2.531
7. – Mancanza di informazioni su come usare i dispositivi di sicurezza	84,8	10,2	5,0	2.540

Come è possibile osservare circa la metà del campione indica come maggiormente incidenti le difficoltà di carattere pratico: mancanza di tamponi (49,7%) e mancanza di dispositivi di sicurezza (46,2%). Seguono le carenze di carattere informativo sul come trattare i malati (43,3%) e sulle modalità di trasmissione del virus (41,8%), indicate da quattro intervistati ogni dieci. In terzo luogo troviamo le insufficienze relative ad informazioni sulla gravità/pericolosità del virus (38,4%) e sulle limitazioni alla circolazione (34,8%), scelte da oltre un terzo dei rispondenti. Infine, la scarsità di

informazioni sull'utilizzo dei Dpi viene segnalata da tre volontari ogni dieci (29,8%).

La tabella 1bis fornisce una diversa rappresentazione degli stessi dati. In questo caso abbiamo accorpato i punteggi da 1 a 6 in tre categorie: punteggi 1 e 2 = basso; punteggi 3 e 4 = medio; punteggi 5 e 6 = alto.

Se si osservano i valori relativi al grado più elevato di difficoltà, troviamo al primo posto nuovamente carenze di carattere pratico: mancanza di tamponi (12,0%) e mancanza di dispositivi di sicurezza (10,4%). A seguire la scarsità di informazioni sul come trattare i malati (7,1%), sulle modalità di trasmissione del virus (6,9%) e sulla sua pericolosità (6,3%)

La domanda sopra illustrata e commentata era seguita da una domanda a risposta aperta in cui si chiedeva ai volontari di riportare altre difficoltà, diverse da quelle precedentemente elencate, che si sono dovute fronteggiare nello svolgimento dell'attività di volontariato realizzata durante la pandemia.

Il quesito recitava come segue:

Indica altre eventuali difficoltà, diverse da quelle precedentemente elencate, che hai dovuto affrontare nello svolgimento della tua attività di volontariato durante la pandemia.

Alla domanda hanno risposto 331 persone (12,3%), delle quali circa 200 (7,4%) hanno fornito indicazioni (escludendo le circa 150 persone che hanno indicato nessuna/nulla).

Diversi volontari hanno riportato risposte molto lunghe e dettagliate, in alcuni casi di 2.500 caratteri (circa 400 parole), il che è davvero inusuale nelle indagini quantitative basate sulla somministrazione di un questionario strutturato.

Come già rilevato nel capitolo 9, questo utilizzo/interpretazione qualitativa di uno strumento prettamente quantitativo è da accogliere positivamente da parte dell'équipe di ricerca, in quanto segnala il protagonismo dei partecipanti all'indagine, che hanno voluto/saputo reinterpretare lo strumento di rilevazione – in sé piuttosto anonimo e “freddo” – utilizzando i pochi spazi a loro disposizione per fornire testimonianze “a caldo”, molto ricche e dettagliate. Le quali forniscono una serie di elementi preziosissimi ai fini della presente ricerca.

Prima di passare ad un commento delle principali risposte fornite ci permettiamo di sottoporre all'attenzione del lettore un lungo brano – riportato integralmente – di un'intervistata, la quale descrive in maniera puntuale i metodi di “vestizione e svestizione” esperiti durante la prima fase della pandemia.

Così facendo ci consente di effettuare un'immersione vivida, in prima persona, nel clima che si respirava in quei mesi iniziali di diffusione del virus

e di visualizzare – immedesimandoci nella protagonista – le condizioni in cui si era costretti ad operare durante la prima ondata pandemica.

Mostrando, in questo modo, un sistema sanitario del tutto impreparato ad affrontare un evento di tale portata e l'improvvisazione con cui gli operatori erano obbligati a svolgere il loro prezioso servizio, con elevati rischi anche per la propria incolumità personale.

Nelle primissime fasi del lockdown, intorno a metà marzo, mi sono ritrovata durante un turno da barelliere nell'ospedale di XXX a dover trasportare un paziente covid positivo. In questa fase iniziale c'è stato molto caos sui metodi di vestizione e svestizione, i Dpi giusti da usare e non era ancora chiaro quanto e come fosse contagioso il virus. All'inizio i barellieri venivano vestiti dal personale del reparto di partenza e svestiti in camere apposite del reparto di arrivo per accertarsi che il tutto venisse svolto in sicurezza. Ci sono state fornite dal centralino trasporti due mascherine Ffp2 e una chirurgica e tre paia di guanti monouso (visiera e copri-camicia in tessuto non tessuto dal reparto).

Essendo le prime fasi io e il collega eravamo un po' in ansia, soprattutto perché l'ospedale non aveva designato un luogo dedicato alla svestizione, il centralino trasporti dava per scontato che noi avessimo una "stanza dedicata alla svestizione" di cui anche gli altri barellieri non sapevano nulla e che al massimo ci avrebbero aiutati nella svestizione in uno spazio dedicato nel reparto in cui era destinato il paziente (terapia intensiva).

Dopo il trasporto, avvenuto senza intoppi, siamo stati mandati via senza ulteriori spiegazioni dalla terapia intensiva e abbiamo dovuto ricontattare la centrale trasporti che ci ha reindirizzato nel reparto di malattie infettive, dove ci avevano inizialmente aiutati nella vestizione.

Al nostro arrivo abbiamo generato un po' di panico perché il reparto non era stato avvertito, contrariamente a quanto comunicatoci, abbiamo rischiato di contaminare la zona pulita di malattie infettive e abbiamo rischiato di contaminare anche noi stessi non avendo chiari i procedimenti di svestizione, per fortuna siamo stati aiutati dalla capo reparto mentre, anche giustamente dal suo punto di vista, quasi ci offendeva.

Per mesi, compreso il periodo invernale fino a circa inizio autunno non è stato designato uno spazio per la svestizione in sicurezza dei barellieri che hanno ripiegato svestendosi in una zona esterna adiacente al pronto soccorso, normalmente non trafficata perché chiusa ai non addetti ai lavori. Doversi svestire da una tuta integrale dopo averla indossata 4-6 ore, di notte col vento, pioggia e 5 gradi non è stato il massimo per volontari e dipendenti di svariate associazioni che già rischiavano e la cui gran parte dei colleghi era stato colpito o messo in quarantena per un raffreddore o febbre presi in queste maniere assurde.

Se si assume un atteggiamento empatico nei confronti di questa testimonianza, non credo occorran molte altre parole per comprendere lo stato d'animo che dovevano vivere i volontari in quel primo periodo pandemico e

le enormi difficoltà riscontrate nello svolgimento del loro indispensabile lavoro di trasporto dei malati Covid ai presidi sanitari deputati per l'accoglienza e il ricovero. Il lavoro era molto pesante anche in relazione all'ampliamento della durata dei turni di servizio e all'infittirsi della loro cadenza, entrambe difficoltà dovute al fatto che molti colleghi si ammalavano a causa delle pessime condizioni di lavoro in cui erano costretti ad operare.

Da una lettura approfondita delle circa 200 risposte fornite dai volontari intervistati è possibile, a nostro avviso, individuare tre principali raggruppamenti concettuali: a) Informazione, comunicazione, formazione; b) Dimensione emotiva; c) Aspetti organizzativi.

Di seguito riportiamo un estratto delle risposte che abbiamo ritenuto maggiormente significative, suddivise per ambito tematico.

Informazione – Comunicazione – Formazione

All'inizio della prima fase le informazioni erano incerte o mancanti. I Dpi a volte non si trovavano e i protocolli da Areu¹ arrivavano tardi

Caos totale delle informazioni da parte del Governo

Comunicazioni confuse e contraddittorie da USL

Continui cambiamenti di protocolli sui pazienti Covid

Nel primo periodo i DPI, le informazioni di trattamento e la mancanza di tamponi sono stati totali. La situazione è andata via via migliorando

Iniziale confusione e repentini cambi di protocollo per quanto riguarda la vestizione di sicurezza, data dalla novità

Inizialmente eravamo allo sbaraglio

Limitazioni alla circolazione sul territorio assurde e controlli da parte di FF.OO. impreparate e/o arroganti

Mancanza di indicazioni chiare su come trattare i malati

Procedure diverse tra i vari PS, spesso non chiare e che a volte cambiavano sulla base di chi in turno al triage.

Spiegare alle persone la vera pericolosità del virus, la vera pericolosità delle persone, e la pericolosità dell'utilizzo scorretto dei DPI, poi la difficoltà nella parte relativa la psicologia del soccorso.

Formazione su rischio batteriologico e utilizzo dei DPI idonei alla protezione dal rischio batteriologico completamente trascurata dalle autorità sanitarie fino all'inizio della pandemia

¹ L'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza della Regione Lombardia.

Dimensione Emotiva

Aspetto emotivo legato al trasporto di pazienti gravi senza possibilità di avere un loro parente accanto

Decidere chi scegliere di far uscire, non è stata una cosa semplice a livello umano. Sapevi che li avresti mandati in situazioni di rischio. A livello umano è stato difficile.

Difficoltà a gestire il paziente no Covid per l'accesso al Ps e il distacco paziente-parente

Gestire l'emotività delle persone soccorse.

Gestire le ansie dei colleghi

Mancanza di supporto psicologico (solo su richiesta con tempi lunghi e non condiviso con altri volontari)

Nessuno ci ha preparato all'impatto psicologico del prestare soccorso a pazienti affetti da Covid-19

Rassicurare costantemente tutti i volontari e i dipendenti dell'Associazione e far fronte/rimediare a qualsiasi richiesta di esonero/esenzione parziale per evitare in qualsiasi modo interruzione di servizio. Raccogliere fondi a 360° per sopperire all'esponenziale approvvigionamento di DPI. Costante pensiero di non avere le risorse economiche per far fronte all'acquisto di DPI/materiale di sanificazione/smaltimento rifiuti, ecc. ecc.

Aspetti Organizzativi

Aumento di turni a causa del ritiro di alcuni volontari dal servizio attivo

Conciliare i turni lavorativi con quelli in associazione.

Disorganizzazione e mancanza di numero adeguato di mezzi di soccorso sia base che soprattutto avanzati

Disorganizzazione TOTALE degli enti titolari dei servizi dei volontari. Abbiamo agito senza alcuna indicazione logica o razionale. Ci siamo dovuti fare carico di responsabilità di persone incapaci di decidere e/o organizzare

Il tempo che intercorreva tra la fine di una missione e quella subito dopo assegnata

Improvvisazione e sottovalutazione della pericolosità da parte di altri volontari fino a fine marzo

Indicazioni dagli ospedali e centrali 118 sulle varie procedure per l'ospedalizzazione di pazienti spesso confusionarie

La maggior difficoltà è stata quella di far capire tutte le nuove abitudini da adottare e soprattutto da non farle mai mancare, soprattutto nei momenti di stanchezza

Mancanza da parte della centrale 118 a fare una suddivisione fra Covid 19 e altre patologie

Massimo aiuto dalla mia associazione. Meno da ASL ed enti superiori

Nessuna difficoltà l'associazione è stata molto presente e vigile

Gli ospedali erano strapieni e quindi quando dovevi lasciare il paziente in PS era il caos

Ricerca disperata di Dpi per l'associazione

Riduzione del personale, difficoltà a coprire i turni

Tutte le procedure automatizzate in anni di volontariato sono state azzerate per far posto al protocollo Covid. Tutti i servizi necessitavano di ragionamento e concentrazione per muoversi in totale sicurezza

Il *primo* gruppo di dichiarazioni, “Informazione, comunicazione, formazione”, comprende una serie di commenti che sottolineano la scarsità o la mancanza di chiarezza nelle informazioni a disposizione: “All’inizio della prima fase le informazioni erano incerte o mancanti”, “Nel primo periodo i DPI, le informazioni di trattamento e la mancanza di tamponi sono stati totali”, “Inizialmente eravamo allo sbaraglio”.

La contraddittorietà delle comunicazioni da parte dei vari organi preposti: “Caos totale delle informazioni da parte del Governo”, “Comunicazioni confuse e contraddittorie da USL”, “Continui cambiamenti di protocolli sui pazienti Covid”.

Nonché la limitatezza di momenti formativi rivolti agli operatori del soccorso e/o alla cittadinanza: “Spiegare alle persone la vera pericolosità del virus, la vera pericolosità delle persone, e la pericolosità dell’utilizzo scorretto dei DPI, poi la difficoltà nella parte relativa alla psicologia del soccorso”; “Formazione su rischio batteriologico e utilizzo dei DPI idonei alla protezione dal rischio batteriologico completamente trascurata dalle autorità sanitarie all’inizio della pandemia”.

Il *secondo* insieme di affermazioni, “Dimensione emotiva”, contiene una serie di testimonianze che comunicano un grave stress emotivo e una condizione pesante di “scarico” sugli operatori dell'emergenza della gestione di situazioni molto complesse e delicate dal punto di vista relazionale: “Difficoltà a gestire il paziente no Covid per l’accesso al Pronto Soccorso e il distacco paziente-parente”, “Gestire l’emotività delle persone soccorse”, “Gestire le ansie dei colleghi”, “Mancanza di supporto psicologico (solo su richiesta con tempi lunghi e non condiviso con altri volontari)”, “Nessuno ci ha preparato all’impatto psicologico del prestare soccorso a pazienti affetti da Covid-19”.

In particolare emerge con forza l’aumento della responsabilità e del carico emotivo da parte di chi organizzava i turni di servizio e/o ricopriva ruoli di coordinamento e gestione delle squadre di intervento: “Decidere chi scegliere di far uscire, non è stata una cosa semplice a livello umano. Sapevi che li avresti mandati in situazioni di rischio. A livello umano è stato difficile”;

“Rassicurare costantemente tutti i volontari e i dipendenti dell’Associazione e far fronte/rimediare a qualsiasi richiesta di esonero/esenzione parziale per evitare in qualsiasi modo interruzione di servizio”.

Infine, il *terzo* raggruppamento, “Aspetti organizzativi”, include una serie di considerazioni che sottolineano e mettono in luce il forte impatto in termini organizzativi che lo scoppio repentino della pandemia ha avuto sia sulla singola Pubblica Assistenza (associazione locale), sia sul network intra-organizzativo (relazioni con le sedi regionale e nazionale) che su quello inter-organizzativo (relazioni con gli altri attori del territorio, in particolare ASL e ospedali).

Il seguente contributo ci pare riassume bene il clima che si respirava in quei giorni: “Tutte le procedure automatizzate in anni di volontariato sono state azzerate per far posto al protocollo Covid. Tutti i servizi necessitavano di ragionamento e concentrazione per muoversi in totale sicurezza”.

In estrema sintesi si è trattato di un vero e proprio “terremoto”, di uno “tsunami” che ha travolto e sconvolto pratiche, procedure, modalità operative, sperimentate in anni e anni di attività, a cui spesso gli operatori in prima linea (retribuiti e non) hanno dovuto rispondere da soli, inventandosi soluzioni *ad hoc* per cercare di continuare a fornire il servizio e ridurre al massimo i rischi per la propria salute personale e quella dei propri cari.

10.2. Supporto fornito dalla rete ANPAS

La terza domanda della sezione è stata formulata in modo da raccogliere informazioni circa la tipologia di sostegni forniti dalla Pubblica Assistenza (e/o dalla rete ANPAS: nazionale, regionale, ecc.) ai propri volontari durante l’emergenza pandemica.

Sono state proposte otto voci rispetto alle quali è stato chiesto se il volontario avesse ricevuto o meno il supporto in esse indicato (otto variabili dicotomiche sì/no). Le voci includevano tre item di carattere pratico-operativo: fornitura di Dpi, somministrazione del tampone e somministrazione del vaccino (a partire dal momento in cui è stato reso disponibile per gli operatori sanitari). Altri tre item riguardavano l’organizzazione di momenti informativi/formativi su tematiche inerenti la pandemia, ed infine le ultime due voci concernevano attività di sostegno emotivo: supporto psicologico e incontri di gruppo (mutuo-aiuto).

Come è possibile osservare dai dati riportati nella tabella 2 la quasi totalità degli intervistati (85%) dichiara di aver avuto un supporto dalla propria sede locale o dalla rete ANPAS nella fornitura dei dispositivi di sicurezza, nonché nella somministrazione del vaccino (80%).

Tab. 2 – Che tipo di sostegno/aiuto/supporto hai ricevuto da parte della Pubblica Assistenza ANPAS?

Tipo di sostegno/aiuto/supporto ricevuto	V.A.	%
Fornitura di dispositivi di sicurezza	2.282	85,0
Agevolazione nella somministrazione del vaccino	2.139	79,5
Incontri informativi/formativi sui dispositivi di sicurezza	1.745	65,0
Incontri informativi/formativi sul virus	1.420	52,8
Incontri informativi/formativi su come trattare i malati	1.408	52,4
Agevolazione nella somministrazione del tampone	1.314	49,0
Supporto psicologico	649	24,1
Incontri di gruppo (mutuo-aiuto)	499	18,6

Percentuali calcolate sul totale degli intervistati (data la grande variabilità di non risposte tra gli item)

In secondo luogo, troviamo la realizzazione di incontri formativi, segnalata rispettivamente dai due terzi e dalla metà del campione: sui dispositivi di sicurezza (65%), sul virus (53%), su come trattare i malati (52%). Sempre attorno alla metà degli intervistati si posizionano le dichiarazioni di chi afferma di aver ricevuto agevolazioni nella somministrazione del tampone (49%).

Mentre meno diffuse sono risultate essere: la fornitura di supporto psicologico (24%) e la proposta di incontri di gruppo (19%), indicate rispettivamente da un quarto ed un quinto dei rispondenti.

Qual è il giudizio complessivo circa il sostegno ricevuto dalla propria associazione locale o dalla rete ANPAS da parte dei volontari? Al fine di raccogliere tale informazione è stata sottoposta agli intervistati una domanda in cui gli si chiedeva di esprimere il loro grado di soddisfazione circa gli aiuti ricevuti su una scala a sette posizioni. Laddove il punteggio 1 esprime la condizione di assenza di soddisfazione (o massima insoddisfazione): “Per nulla soddisfatto” e il livello 7 quella di massima soddisfazione: “Molto soddisfatto”.

Tab. 3 – Complessivamente in che misura sei soddisfatto/a del supporto ricevuto da parte della Pubblica Assistenza ANPAS?

1	2	3	4	5	6	7
2,1	4,0	7,6	13,2	18,8	25,0	29,3
	13,8		13,2		73,1	

NB Percentuali calcolate sulle risposte valide (4% di non risposte)

Come è possibile osservare dai dati riportati nella tabella 3 il giudizio è complessivamente molto lusinghiero per i vertici ANPAS, in quanto circa i tre quarti degli intervistati (73,1%) indicano valori positivi (5-6-7), mentre i valori negativi (di insoddisfazione o di bassa soddisfazione = 1-2-3) sono

stati scelti “solo” dal 14% dei volontari. Una quota analoga ha optato per collocarsi sulla posizione intermedia (punteggio 4).

È possibile affermare pertanto che appena poco più di un quarto dei partecipanti (27%) all’indagine esprime un livello di soddisfazione basso o medio (punteggi da 1 a 4), a fronte di circa un terzo che indica il valore di massima soddisfazione (7) ed un quarto che esprime il valore di alta soddisfazione (6).

Chiaramente è lecito supporre che il grado di soddisfazione circa il supporto ricevuto si differenzi in ragione di una serie di variabili intervenienti quali, ad esempio, l’area geografica, l’anzianità di servizio, il tipo di servizio svolto, l’ondata pandemica ritenuta più grave.

In merito alle quali è possibile avanzare le seguenti ipotesi: che il grado di soddisfazione risulti essere più basso in relazione all’ondata pandemica (prima ondata) e all’area geografica colpita per prima (Nord-Ovest).

Tab. 4 – Grado di soddisfazione supporto ricevuto per ondata pandemica

	Basso	Medio	Alto	Tot.
Prima ondata	72,4	71,2	68,3	69,2
Seconda ondata	18,0	19,7	21,1	20,5
Terza ondata	9,6	9,1	10,6	10,3
Totale	355	340	1.886	2.581

I dati riportati nella tabella 4 mostrano come in effetti i volontari coinvolti maggiormente dalla prima ondata dichiarino livelli di soddisfazione più bassi rispetto a quelli della seconda e della terza.

Una tendenza analoga si riscontra relativamente all’area geografica, come è possibile osservare dai dati della tabella 5.

Tab. 5 – Grado di soddisfazione supporto ricevuto per area geografica

	Basso	Medio	Alto	Tot.
Nord-Ovest	54,9	57,6	47,3	49,7
Nord-Est	20,8	22,9	25,4	24,4
Centro	15,8	12,6	19,4	18,0
Sud	2,5	2,4	2,9	2,8
Isole	5,9	4,4	5,0	5,1
Totale	355	340	1.886	2.581

Pertanto è possibile affermare che, dopo lo smarrimento iniziale dovuto all’essere impreparati di fronte ad un evento inatteso, le varie associazioni locali affiliate ad ANPAS hanno intrapreso un processo di adattamento, di riorganizzazione interna e di *apprendimento organizzativo* che è venuto sviluppandosi parallelamente all’andamento delle fasi pandemiche.

Tale processo è testimoniato dal crescere del livello di soddisfazione espresso dai volontari intervistati circa i supporti ricevuti, che aumenta nel

passaggio tra le tre ondate qui considerate e a livello geografico a seconda dell'intensità delle medesime.

10.3. Suggerimenti per migliorare il sostegno della Pubblica Assistenza ANPAS nei confronti dei volontari

La sezione conteneva anche una domanda a risposta aperta in cui è stato chiesto agli intervistati di avanzare alcuni suggerimenti volti a migliorare la capacità della Pubblica Assistenza nel sostenere e supportare i volontari in caso di eventi pandemici.

Il quesito recitava come segue:

In base alla tua esperienza quali suggerimenti ti senti di fornire per migliorare il supporto della Pubblica Assistenza ANPAS nei confronti dei volontari, in caso di eventi pandemici come quello che abbiamo vissuto?

Alla domanda hanno risposto 638 persone (23,7%), delle quali circa 500 (18,6%) hanno fornito suggerimenti dettagliati (escludendo le oltre 100 persone che hanno indicato nessuna/nulla). Possiamo pertanto contare sul contributo di circa un quinto dei volontari coinvolti nell'indagine, che hanno voluto proporre delle *soluzioni organizzative* concrete di cui auspichiamo la dirigenza ANPAS voglia tenere debito conto.

Anche in questo caso è opportuno sottolineare l'elevatissima partecipazione degli intervistati, che segnala l'attaccamento verso la propria Pubblica Assistenza e il desiderio di migliorarne l'operatività, qualificando in questo modo il servizio nei confronti dei più deboli e bisognosi, nonché la capacità di intervento a fronte di eventi inattesi ed imprevedibili.

Le risposte alle domande contenute nella sezione che si sta qui analizzando e commentando rappresentano del resto, a nostro avviso, le informazioni più importanti per la dirigenza ANPAS ai vari livelli: nazionale, regionale, locale.

Senza dubbio i contributi forniti dai volontari intervistati nella domanda aperta concernente i "suggerimenti" ne costituiscono la parte più cogente, in quanto offrono ai *vertici associativi* una serie di indicazioni operative basata sull'esperienza concreta e sugli ostacoli tangibili esperiti dai rispondenti nello svolgimento della loro pratica quotidiana di servizio.

Sulla base di tali indicazioni i *quadri associativi* potranno implementare una serie di misure e processi organizzativi volti a migliorare il rapporto con il personale volontario e quindi – indirettamente – la qualità del servizio offerto alla cittadinanza.

Da una lettura approfondita delle 500 risposte summenzionate a nostro avviso è possibile estrarre i seguenti otto nuclei semantici tendenziali: a)

Tamponi e Vaccini; b) Rapporti intra-organizzativi; c) Rapporti inter-organizzativi; d) Commenti positivi; e) Dimensione lavorativa; f) Formazione, informazione, comunicazione; g) Supporto psicologico; h) Ruolo del volontario.

Di seguito riportiamo in forma estesa alcuni dei principali contributi avanzati dai partecipanti all'indagine, che ci proponiamo di analizzare e commentare nella parte finale del presente capitolo, suddivisi per ambito tematico.

Tamponi e vaccinazioni

A volte è difficile il rapporto con le altre strutture con cui lavoriamo (ospedale centri diurni, scuole, ma spesso anche le famiglie dei pazienti trasportati) i problemi nella maggior parte dei casi vengono risolti tempestivamente, altre volte è più complicato, come nel caso della zona di svestizione a XXX, risolta tramite l'impegno collettivo delle associazioni che forniscono i barellieri.

Nonché lo scorrimento della lista dei volontari da vaccinare che è andata avanti con una lentezza disarmante per cause interne alla Regione, anche quella sbloccata con moltissima fatica dall'impegno congiunto delle associazioni presenti sul territorio Toscano.

Queste sono situazioni molto difficili da gestire ma in Toscana abbiamo una legge che dal '95 tutela l'operato dei volontari ANPAS, come altri, e sarebbe bene ricordare che questa legge esiste a chi di dovere più spesso che ogni tanto, insistendo anche dove necessario.

Il volontariato ha fatto molto durante la pandemia in tutto il paese, è solo giusto essere vaccinati in coda al personale medico per poter proteggere anche chi assistiamo e le nostre famiglie oltre a noi stessi e poter continuare a svolgere servizio senza l'angoscia di cosa potrebbe succedere se una volta tanto va storto qualcosa.

Accesso ai vaccini prima considerando che i dipendenti 118 che lavorano insieme a noi l'hanno ricevuto a dicembre 2020/gennaio 2021

Ad oggi ho potuto effettuare tramite l'associazione esclusivamente un tampone. Ritengo che sia necessario eseguire più controlli e periodici; trovo assurdo che i calciatori abbiano accesso al tampone (seppur rapido) tutti i giorni prima degli allenamenti, mentre noi che siamo a contatto diretto con pazienti veniamo tamponati come qualsiasi cittadino per il quale c'è un sospetto di contagio.

Aiuto umano nei nostri confronti soprattutto se diventa un lavoro di tante ore per mancanza di personale. Quando ci sono queste emergenze, si aiuta tutti ma nessuno aiuta noi.

La possibilità di effettuare tamponi di controllo per poter gestire meglio il rapporto con la famiglia. In 16 mesi non ho mai avuto la possibilità di fare un tampone, neppure durante il periodo delle festività, per poter trascorrere con la mia famiglia alcuni momenti insieme. Ho dovuto farlo a carico mio.

Non sapevamo come comportarci, proteggerci, non eravamo esaustivamente informati. Non ci sono stati forniti tamponi gratuiti per confermare la negatività.

Rapporti intra-organizzativi

ANPAS Regionale XXX deve stare più vicino alle proprie P.A. locali e fornire la formazione, organizzarsi in Coordinamento Unico anche durante le emergenze

È necessario migliorare le modalità di comunicazione e divulgazione delle notizie/situazioni, anche se sono negative e non piacciono ai “vertici”. Quindi, invece di ignorarle cerchiamo di comunicarle al meglio, al che, da negative possano diventare semplicemente “delle notizie/situazioni” da gestire: il potere delle Parole !!! Bisogna imparare ad usarlo per tranquillizzare chi lavora con noi e per noi! Nella comunicazione c’è tanto da fare in ANPAS !!!!

Suggerirei ad ANPAS di lavorare meno sulla propria visibilità e di dare vero supporto – coordinamento, formazione centralizzata, centrale acquisti, etc. – tutte cose da sempre in carico alla singola associazione.

Sarebbe stato bello che la sede nazionale e/o regionale fornisse subito informazioni chiare e univoche, invece che lasciare ad ogni Pubblica Assistenza la formazione. Qualche incontro formativo per i volontari del Presidente nazionale sarebbe stato gradito, data la sua competenza in materia. Le Pubbliche hanno dovuto all’inizio fare troppo da sole. Non c’è stata rete.

Se dopo tutto questo si è scelto di far circolare ambulanze con soli due soccorritori a bordo, vuol dire che NON si è capito niente del ns lavoro.

Penso che ANPAS potesse provare a creare una sorta di coordinamento, per poter assistere le Pubbliche Assistenze più in difficoltà anche appoggiandosi a Pubbliche Assistenze più grandi presenti sul territorio. Al tempo stesso però mi ricordo bene il periodo confusionario, tra le varie incertezze, e penso che la gestione generale si, sia stata “buona”, ma forse era anche la migliore possibile.

Maggior monitoraggio sul rispetto delle regole, maggior condivisione con i volontari delle necessità e delle scelte associative, organizzazione di momenti di condivisione e confronto fra pari (anche in modalità on-line).

Mancanza da parte di ANPAS XXX (Regione) di supporto di materiale DPI sufficienti per espletare un corretto svolgimento dei servizi, sia di emergenza che quelli dei trasporti, siamo stati costretti ad auto-fornirci da soli, si è favorito in particolar modo le associazioni più grandi mettendo in disparte quelle più piccole, capisco anche in principio la difficoltà a reperire il materiale, ma poi? Nulla è cambiato, questa volta 100 punti in meno, mi dispiace!

Non togliete il supporto dei compagni di squadra. Capisco la problematica relativa all’esposizione di meno volontari possibili al rischio di contagio, ma non puoi mandare la gente da sola in casa dei pazienti e nemmeno in due. È fondamentale avere intorno altri che in caso di necessità possano aiutare.

Linee guida precise, in italiano, registrare magari un video in cui si spiega esattamente ciò che si deve fare e come in modo da raggiungere tutti. Non abbandonare le associazioni nel momento del bisogno, ma capirle, capire i volontari e saperli gestire, fornirgli supporto di qualsiasi tipo (non pubblicare solo iop diversi ogni giorno). Ricordarsi che siamo volontari e che abbiamo paura e facciamo tutto ciò solo per gli altri, senza alcuna retribuzione.

Non ostacolare oscurando le campagne di raccolta fondi; rifornimento di Dpi seri rispetto alle chirurgiche; un sostegno ai Presidenti per non lasciarli totalmente in balia delle loro decisioni.

Come il mio presidente, che da solo ha fatto i salti mortali per andare avanti per farci lavorare in sicurezza. Grazie anche a lui nella nostra associazione difatti i contagi sono stati minimi.

Rapporti inter-organizzativi

C'è bisogno di un protocollo generale condiviso con 118 per affrontare il problema allo stesso modo, le informazioni devono essere chiare ed uguali per tutti, c'è bisogno di avere a disposizione tutto il materiale necessario per affrontare il problema fin da subito, necessita un'organizzazione a monte, di preparazione.

La mia esperienza mi dice che nei limiti del possibile la mia associazione ha fatto tutto quello che poteva. I problemi grossi sono arrivati da parte di AREU e dei vari CTS che complicano la vita dei volontari e che non avevano per niente chiaro ciò a cui ci si trovava davanti, terrorizzando le persone, e in alcuni casi lucrando economicamente sull'associazione.

Una maggiore presenza della struttura nazionale/regionale ANPAS per rapportarsi con gli organi competenti e favorire la diffusione di informazioni e venire incontro alle necessità dei volontari.

Commenti positivi

Credo che ANPAS abbia avuto la capacità di rispondere con prontezza alle esigenze sollevate dalla pandemia. Con buona capacità di adattamento rispetto all'acquisizione progressiva di nuove conoscenze sul Sars Cov2. Pertanto credo che anche eventuali manchevolezze siano state dettate dal fatto che l'esperienza del Covid fosse per tutti qualcosa di nuovo. Credo che ANPAS non avrebbe potuto fare di più o meglio, proprio perché le informazioni sulla patologia sono state conseguite in itinere.

Dobbiamo imparare, dopo ciò che è successo, a essere pronti e tenere la guardia alta, con i Dpi, organizzando incontri che spieghino, a tutti coloro che entrano in associazione e non sanno cosa sia stato questo periodo per chi ha operato in ambulanza, i comportamenti e le procedure da seguire e tutto quanto riguarda la protezione di chi fa servizio di emergenza, e non solo. Purtroppo come si dice in tanti casi... spesso la storia si ripete. Quindi attenzione.

Nessun suggerimento più di così non poteva fare.

Nessun suggerimento, avete fatto tutto il possibile per aiutarci.

Nessuno in particolare, sapevo perfettamente cosa sarei andato a fare. Da 17 anni a questa parte sono perfettamente consapevole dei rischi che corro, in strada, sugli incidenti in autostrada, soprattutto perché opero in quartieri molto difficili e complessi di Milano dove il tasso di criminalità è altissimo. Detto questo non mi sento di dire nulla se non quello magari di far capire che avremmo dovuto essere più coesi.

Purtroppo eravamo tutti impreparati, partendo dalle istituzioni, non mi sento di giudicare nessuno, speriamo solo di poterne uscire, sì certamente i volontari devono essere aiutati nel fornire loro i dispositivi per proteggersi e ogni tanto far fare qualche visita medica, penso non guasterebbe.

Continuare sempre ad operare e tutelare i volontari secondo l'esperienza sin qui maturata, con la consueta diligenza e coscienza di tutti i giorni H24. Grazie per quello che avete fatto e per come vi siete comportati durante questa pandemia.

Dimensione lavorativa

Per chi come me al termine del proprio lavoro prendeva subito servizio in emergenza 118 per 2 o 3 volte la settimana, è stato veramente difficoltoso oltre che faticoso, consiglio che in eventi pandemici il volontariato possa essere esonerato dal principale lavoro nei giorni in cui opera nella propria associazione, senza ovviamente ripercussioni da parte del datore di lavoro, per garantire così un operato più sicuro (molte volte incominciavo alle 6.30 del mattino e rincasavo a mezzanotte senza mai fermarmi e al mattino dopo ricominciavo alle 6.30).

Maggior sostegno ai volontari che lavorano per far sì che non vengano discriminati sul posto di lavoro.

Formazione – informazione – comunicazione

Aumentare webinar informativi e sportello informazioni riguardanti volontari che non sono figure sanitarie.

Corsi di aggiornamento più frequenti e maggior comunicazione.

Cercare di fare corsi e soprattutto prove pratiche sulla vestizione e svestizione oltre che il lavaggio delle mani.

Ci si è concentrati sullo svolgimento di inutili e semplicissimi corsi sulla sicurezza anziché fare corsi approfonditi sulla gestione di paziente in difficoltà respiratoria.

Dare sin da subito corsi online informativi e formativi, anche per le famiglie.

Di migliorare la circolazione di informazioni ufficiali con tutti gli strumenti possibili.

Disponibilità immediata di presidi e chiare informazioni su loro utilizzo e su come trattare i malati. Maggiore supporto psicologico ai volontari.

Incontri, ovviamente a distanza o online, per confrontarsi sull'attività giornaliera per avere ad esempio consigli su come meglio fare in certe situazioni.

Una formazione specifica aperta a tutti i volontari. Considerando il fatto che per motivi lavorativi potevo essere avvantaggiata sulle modalità di utilizzo dei DPI e sulle procedure di vestizione e svestizione per molti colleghi è stata più dura. Poteva essere fatta formazione specifica anche se non subito ma prima della seconda ondata di poteva fare qualcosa in più.

Formare per migliorare

Formazione

Formazione ben strutturata

Formazione costante, utilizzo di dispositivi

Formazione dall'alto e non solo dagli istruttori della sede

Formazione e informazione capillare

Formazione e linee guida unificate e chiare

Formazione e preparazione per avere più competenze

Formazione/informazione immediata, dispositivi di protezione in quantità adeguata

Informazioni... e formazione

Fornire formazione costante a tutti i volontari

Fornire migliori indicazioni, presidi medici di protezione e controllo contagi

Fornire più formazione e più informazioni a più persone in quanto eravamo sempre scarsi di volontari in quanto molti avevano paure
Fornire più informazioni (CHIARE) possibilmente non contrastanti alle varie associazioni.
Fornire sempre presidi e materiale necessario ad affrontare tali situazioni

Migliore formazione ai volontari che devono rispondere a un Call Center. Soprattutto per la gestione della paura delle persone che chiamano.

Migliorare la comunicazione ed il coinvolgimento di tutto il corpo volontari anche attraverso l'uso di strumenti elettronici. Organizzare momenti di confronto e scambio fra volontari (anche da remoto) per condividere emozioni e paure.

Supporto psicologico

Attivare supporto psicologico, fornire dpi e tamponi molecolari

C'è necessità di un supporto psicologico per emergere così lunghe

Centro di supporto psicologico con professionisti

Più incontri formativi e un colloquio con uno psicologo per la gestione dello stress.

Più attenzione nella formazione, più empatia con i volontari, più gratitudine visto lo sforzo.

Supporto psicologico gratuito per i volontari coinvolti e supporto per i volontari lavoratori (mediante comunicazioni nei confronti dei datori di lavoro).

Supporto psicologico maggiore e interessamento dello stato mentale di ogni singolo membro dell'associazione.

Informazione. Dialogo e supporto psicologico per i volontari più deboli poco seguiti nelle difficoltà giornaliere. Volontari con poca esperienza che si sono messi a disposizione in un momento difficile.

Fornire un supporto psicologico adeguato e strutturato dall'inizio, sia attraverso colloqui singoli che incontri di gruppo

Fornire un supporto psicologico VERO ai volontari che hanno prestato e continueranno a prestare questo tipo di servizio

La possibilità di avere un supporto psicologico, soprattutto in realtà piccole come la nostra, dove la maggior parte dei trasportati sono amici o conoscenti.

Maggiore supporto psicologico, sia per i volontari (in questo periodo spesso spaventati per la loro salute e di contrarre il virus contagiando i familiari) che una formazione su come sopportare psicologicamente i pazienti.

Offrire un maggior supporto psicologico da parte di professionisti (il supporto tra volontari è stato molto utile, ma per i soggetti più "deboli" sarebbe necessario un maggiore supporto).
Maggiore informazione sul trattamento del paziente, in accordo con le linee generali della sanità italiana.

Maggiori corsi di formazione

Necessità della presenza fisica di psicologi e incontri di gruppo perché vedo colleghi devastati e mentalmente stanchi con la mole di servizi in aumento.

Supporto psicologico, incentivare il “senso di gruppo, di squadra”

Ruolo del volontario

Ascoltare di più i volontari e tutelarci di più

Quando ho contratto il virus nessuno ha mostrato interesse al mio problema e nessuno mi ha aiutato con una parola di conforto. Mi sono sentita abbandonata. Brutta sensazione.

Darei più parola a chi è stato sul campo tutto questo tempo e non solo medici e infermieri ma anche tutti coloro che in piccola parte hanno contribuito al benessere dell'altro.

Di instaurare un rapporto e un dialogo ancora più stretto col volontario, migliorare il passaggio e la qualità delle informazioni. Inserire i protocolli anti contagio nei corsi di formazione.

Essere sempre disponibili specialmente psicologicamente con i volontari, perché è la parte di cui bisogna prendersi più cura.

Farci sentire una famiglia unita nonostante tutto. Farci sentire a nostro agio in quello che facciamo senza lasciarci cadere in situazioni di abbandono e di scarso riconoscimento da parte delle istituzioni.

Favorire il supporto verso i volontari, tenendo conto della loro presenza, ricordandosi che fanno un “lavoro” gratuitamente e quindi andare incontro alle loro esigenze. Sarebbe ottimale avere anche delle agevolazioni verso, ad esempio, tamponi oppure test sierologici ed effettuarli più regolarmente non a spese del singolo.

I volontari delle associazioni hanno il diritto, lavorando a contatto con i malati, di vedersi riconosciuto lo status di personale sanitario, così come medici e infermieri, ed essere forniti di DPI di qualità come il personale ospedaliero, cosa che durante la prima ondata non è accaduta.

Il volontariato si regge sulla volontà di persone che decidono di dedicare una parte della propria vita al prossimo. Se il prossimo è un paziente con le peculiarità di questo virus, il minimo che un sistema del genere dovrebbe attuare è un monitoraggio frequente della salute fisica dei propri Volontari ed un supporto psicologico alle situazioni negative che normalmente non si è preparati a vivere in quella misura.

Più chiarezza e più considerazione del ruolo del volontario

Suggerisco di trattare tutti i volontari/dipendenti alla stessa maniera (all'epoca ero dipendente dell'associazione di volontariato, poi mi sono licenziato e sono stato assunto dall'Ausl). Tengo a precisare che ad oggi continuo nel mio poco tempo libero a fare anche turni come volontario in più Pubbliche Assistenze. A titolo esemplificativo, ricordo un ringraziamento da parte del Presidente della Pubblica Assistenza, un ringraziamento in sede pubblica (sala Consigliare del Comune), nei confronti di un dipendente che riceveva un encomio per aver svolto il primo servizio Covid 19 (come dipendente appunto) aveva semplicemente svolto il suo lavoro pensai... e lo pensarono anche tanti volontari. In quella occasione corressi anche il

Presidente dicendo che altri avevano fatto servizi Covid prima del dipendente in questione e che lo avevano fatto come volontari...

Come volontario semplice avrei piacere di essere tutelato in maniera differente da quella che è la nostra centrale operativa senza che ogni intervento debba sfociare in un litigio o comunque in un malcontento o sensazione di abbandono da parte delle persone che in qualche modo dovrebbero riuscire a tutelarci o comunque ad agevolarci il lavoro.

Come formatore, avendo passione in quel che faccio e un'enorme voglia di insegnare e al contempo di imparare avrei piacere che formassero tutti i formatori regionali e della Associazione a fronteggiare queste problematiche, che sicuramente di questi tempi verranno ad essere sempre più frequenti, in modo da poter essere sin da subito preparati a fronteggiare la situazione in primis e in seconda battuta a formare subito al meglio gli altri volontari senza avere "tempi" morti, seppur cortissimi.

Contattare i volontari anche durante la malattia. Farsi vivi. Insomma, non aspettare che guariscano da soli per poi tornare a chiedere la disponibilità per coprire nuovi turni all'improvviso.

Istaurare campagne di sensibilizzazione e reclutamento verso i giovani, in modo da avere molti più volontari a disposizione.

Maggior scambio esperienziale

Mantenere un approccio di ascolto nei confronti dei volontari e di presidio su come le singole associazioni gestiscono la pandemia.

Siamo umani e dobbiamo essere trattati come tali, basta un grazie ogni tanto per farci stare meglio.

Sarebbe utile avere più incontri con i volontari per eventuali aggiornamenti! E perché non una pacca sulla spalla a questi ultimi, che vuol dire molto a sostegno individuale.

Riconoscimenti per i volontari che hanno fatto tantissime ore di volontariato durante la prima ondata di pandemia dove molti volontari si sono sospesi.

Riconoscimenti tangibili da parte dello Stato ai volontari che rischiano gratis per aiutare la collettività.

Richiedere costanti aggiornamenti circa lo stato psico-fisico dei volontari. Gestire meglio la fornitura dei DPI utilizzando linee guida chiare e dettagliate. I primi mesi si andava a casa dei malati con le tute da imbianchino!

Più supporto per il singolo, non dubito sul fatto che ANPAS avrà interagito con i vari presidenti, ma io non ho sentito la vostra vicinanza, come parte di un grande insieme, una grande famiglia, nel soccorso. Non ho vissuto l'unione e la condivisione che ho sempre creduto esserci.

10.4. Considerazioni conclusive

Ai fini della presente indagine gli ambiti tematici che ci paiono di maggior interesse risultano essere tre: i “Rapporti intra-organizzativi”, i “Rapporti inter-organizzativi” e il “Ruolo del volontario”.

Anche in considerazione del fatto che le questioni di carattere pratico come la disponibilità di tamponi e vaccini, quelle legate al lavoro e quelle relative alla formazione, informazione e comunicazione, hanno costituito oggetto di analisi nelle pagine precedenti. Mentre alla trattazione dell’impatto psicologico della pandemia da Covid-19 sui volontari attivi in ANPAS è stato dedicato il capitolo 8.

Di particolare coerenza appare quindi essere anzitutto la *dimensione organizzativa interna* alla rete ANPAS (intra-organizzativa), ovvero la gestione delle relazioni tra i diversi livelli decisionali: nazionale, regionale e locale, che in molti casi è risultata essere piuttosto carente. Come emerge chiaramente dalle seguenti testimonianze:

ANPAS Regionale XXX deve stare più vicino alle proprie P.A. locali e fornire la formazione, organizzarsi in Coordinamento Unico anche durante le emergenze.

Linee guida precise, in italiano, registrare magari un video in cui si spiega esattamente ciò che si deve fare e come in modo da raggiungere tutti. Non abbandonare le associazioni nel momento del bisogno, ma capirle, capire i volontari e saperli gestire, fornirgli supporto di qualsiasi tipo.

Mancanza da parte di ANPAS XXX (Regione) di supporto di materiale DPI sufficienti per espletare un corretto svolgimento dei servizi, sia di emergenza che quelli dei trasporti, siamo stati costretti ad auto-fornirci da soli, si è favorito in particolar modo le associazioni più grandi mettendo in disparte quelle più piccole (...).

Non ostacolare oscurando le campagne di raccolta fondi; rifornimento di Dpi seri rispetto alle chirurgiche; un sostegno ai Presidenti per non lasciarli totalmente in balia delle loro decisioni. Come il mio presidente, che da solo ha fatto i salti mortali per andare avanti per farci lavorare in sicurezza. Grazie anche a lui nella nostra associazione difatti i contagi sono stati minimi.

Penso che ANPAS potesse provare a creare una sorta di coordinamento, per poter assistere le Pubbliche Assistenze più in difficoltà anche appoggiandosi a Pubbliche Assistenze più grandi presenti sul territorio.

Sarebbe stato bello che la sede nazionale e/o regionale fornisse subito informazioni chiare e univoche, invece che lasciare ad ogni Pubblica Assistenza la formazione. (...) Le Pubbliche hanno dovuto all’inizio fare troppo da sole. Non c’è stata rete.

Suggerirei ad ANPAS di lavorare meno sulla propria visibilità e di dare vero supporto – coordinamento, formazione centralizzata, centrale acquisti, etc. – tutte cose da sempre in carico alla singola associazione.

Una *seconda* dimensione di riflessione e di possibile intervento migliorativo è quella concernente le *relazioni con i soggetti esterni* (inter-organizzative) alla rete ANPAS: mondo dei media, enti pubblici, altri attori del territorio, altri Enti del Terzo Settore. Anche in questo caso gli elementi di criticità non sono mancati, si vedano i seguenti commenti:

È necessario migliorare le modalità di comunicazione e divulgazione delle notizie/situazioni, anche se sono negative e non piacciono ai “vertici”. Quindi, invece di ignorarle cerchiamo di comunicarle al meglio, al che, da negative possano diventare semplicemente “delle notizie/situazioni” da gestire (...). Nella comunicazione c’è tanto da fare in ANPAS !!!!

Una maggiore presenza della struttura nazionale/regionale ANPAS per rapportarsi con gli organi competenti e favorire la diffusione di informazioni e venire incontro alle necessità dei volontari.

Il *terzo* nucleo concettuale di particolare rilievo concerne infine le testimonianze raccolte e le riflessioni svolte sul ruolo dei volontari entro l’organizzazione.

Dai brani sotto riportati emerge una mancanza di “ascolto”, di “attenzione”, di “cura” nei loro confronti, che molti hanno vissuto con sofferenza e dispiacere (delusione verso la propria PA e la rete associativa in generale).

Quando ho contratto il virus nessuno ha mostrato interesse al mio problema e nessuno mi ha aiutato con una parola di conforto. Mi sono sentita abbandonata. Brutta sensazione.

Contattare i volontari anche durante la malattia. Farsi vivi. Insomma, non aspettare che guariscano da soli per poi tornare a chiedere la disponibilità per coprire nuovi turni all’improvviso.

Siamo umani e dobbiamo essere trattati come tali, basta un grazie ogni tanto per farci stare meglio.

Sarebbe utile avere più incontri con i volontari per eventuali aggiornamenti! E perché no una pacca sulla spalla a questi ultimi, che vuol dire molto a sostegno individuale.

Un altro tema presente nel terzo nucleo concettuale è quello della *riconoscenza*. Come è noto nell'ambito delle relazioni di *dono*² la moneta che circola non è il denaro bensì la *fiducia* e il tipo di remunerazione prevalente non concerne la retribuzione materiale, ma piuttosto un riconoscimento di carattere intangibile (immateriale), quale quello reputazionale.

Anche i nostri volontari segnalano l'assenza o la mancanza di riconoscimenti per il lavoro svolto in un periodo tanto difficile e in condizioni di oggettivo rischio personale e familiare. Si vedano i seguenti interventi (qui, ad onor del vero, in un caso si menzionano anche riconoscimenti tangibili):

Riconoscimenti per i volontari che hanno fatto tantissime ore di volontariato durante la prima ondata di pandemia dove molti volontari si sono sospesi.

Riconoscimenti tangibili da parte dello Stato ai volontari che rischiano gratis per aiutare la collettività.

Ma in molti casi si tratta piuttosto della richiesta di espressioni di riconoscenza immateriali (simboliche): “basta un grazie ogni tanto per farci stare meglio”; “E perché no una pacca sulla spalla [...], che vuol dire molto a (livello di) sostegno individuale”; “Farci sentire una famiglia unita nonostante tutto [...]”.

In conclusione, pur a fronte di un apprezzamento generale per quanto la rete ANPAS attraverso le Pubbliche Assistenze territoriali ha fatto in questa situazione emergenziale, sia nei confronti degli assistiti che del proprio personale retribuito e volontario, dagli interventi degli intervistati emergono diverse criticità che si sono riscontrate in specie nella prima parte del periodo pandemico.

L'auspicio è che l'associazione – nelle sue varie articolazioni – sappia adottare un atteggiamento di ascolto nei confronti dei propri *stakeholder* interni ed un orientamento volto all'apprendimento organizzativo rispetto agli *stakeholder* esterni, come sottolinea questo contributo:

Dobbiamo imparare, dopo ciò che è successo, a essere pronti e tenere la guardia alta, con i Dpi, organizzando incontri che spieghino, a tutti coloro che entrano in associazione e non sanno cosa sia stato questo periodo per chi ha operato in ambulanza, i comportamenti e le procedure da seguire e tutto quanto riguarda la protezione di chi fa servizio di emergenza, e non solo. Purtroppo come si dice in tanti casi... spesso la storia si ripete. Quindi attenzione.

² Ci permettiamo di rinviare a tale proposito a: Andrea Bassi (2000), *Dono e Fiducia. Le forme della solidarietà nelle società complesse*, Edizioni Lavoro, Roma.

Vi aspettiamo su:

www.francoangeli.it

per scaricare (gratuitamente) i cataloghi delle nostre pubblicazioni

DIVISI PER ARGOMENTI E CENTINAIA DI VOCI: PER FACILITARE
LE VOSTRE RICERCHE.



Management, finanza,
marketing, operations, HR

Psicologia e psicoterapia:
teorie e tecniche

Didattica, scienze
della formazione

Economia,
economia aziendale

Sociologia

Antropologia

Comunicazione e media

Medicina, sanità



Architettura, design,
territorio

Informatica, ingegneria

Scienze

Filosofia, letteratura,
linguistica, storia

Politica, diritto

Psicologia, benessere,
autoaiuto

Efficacia personale

Politiche
e servizi sociali



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

Copyright © 2022 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835143918

Questo 
LIBRO

 ti è piaciuto?

Comunicaci il tuo giudizio su:
www.francoangeli.it/latuaopinione.asp



VUOI RICEVERE GLI AGGIORNAMENTI
SULLE NOSTRE NOVITÀ
NELLE AREE CHE TI INTERESSANO?



ISCRIVITI ALLE NOSTRE NEWSLETTER

SEGUICI SU:



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

Copyright © 2022 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835143918



CONSULTATE IL NOSTRO CATALOGO SU WEB

**www.
francoangeli.it**

- Gli abstract e gli indici dettagliati di oltre **12.000 volumi** e 30.000 autori.



- I sommari dei fascicoli (a partire dal 1990) di oltre 90 riviste.

- La newsletter (via e-mail) **delle novità**.

- Il calendario di tutte le **iniziative**.

- La possibilità di **e-commerce** (per acquistare i libri o effettuare il download degli articoli delle riviste).

- Il **più ricco catalogo** specializzato consultabile in modo semplice e veloce.

- **Tutte le modalità di ricerca** (per argomento, per autore, per classificazione, per titolo, full text...) per individuare i libri o gli articoli delle riviste.



- FrancoAngeli è la **più grande biblioteca specializzata** in Italia.



- Una gamma di proposte per soddisfare le esigenze di aggiornamento degli studiosi, dei professionisti e della **formazione universitaria e post-universitaria**.

L'emergenza pandemica da Covid-19 si è rivelata essere un vero e proprio "disastro" dal punto di vista economico e sociale, in quanto ha scosso alle fondamenta i sistemi politici occidentali mettendone in luce le debolezze e le fragilità di fronte alle sfide di un mondo globalizzato. In Italia questa catastrofe ha travolto l'intero sistema di welfare e ha messo a dura prova i principali attori che lo costituiscono, in particolare nel comparto sanitario. In questo ambito, accanto alle istituzioni pubbliche, il Terzo Settore ha svolto un ruolo di primaria importanza.

Il volume illustra e commenta i principali risultati di un'indagine sull'impatto della pandemia sui volontari attivi nelle Pubbliche Assistenze affiliate alla rete nazionale ANPAS. La ricerca ha avuto come target il personale volontario coinvolto in prima linea (*front-line*) nel trasporto sanitario di persone affette da Covid-19, colmando un vuoto conoscitivo. Dall'analisi della letteratura scientifica nell'ambito delle scienze sociali, epidemiologiche e psicologiche, è emerso infatti che gli studi sulle ricadute psico-fisiche e relazionali della pandemia sugli operatori socio-sanitari hanno riguardato in prevalenza personale retribuito operante presso le strutture ospedaliere. L'indagine muove quindi dalla preoccupazione per lo stato di salute psico-fisica degli operatori delle emergenze e del soccorso sanitario, sottoposti nella fase apicale della diffusione pandemica a forti stress emotivi.

Il volume si rivolge agli studiosi del Terzo Settore, agli studenti universitari, ma anche a coloro che occupano posizioni di responsabilità nell'ambito delle politiche sanitarie e socio-assistenziali.

Andrea Bassi è professore associato in Sociologia Generale presso il Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali dell'Università di Bologna – Campus di Forlì.

Alessandro Fabbri è dottore di ricerca in Sociologia e Ricerca Sociale e professore a contratto presso l'Università di Bologna.

Fabrizio Pregliasco, virologo, direttore sanitario dell'IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi di Milano e professore associato presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano. È Presidente nazionale di ANPAS e Vicepresidente di Samaritan International.