

Depressione, ansia, insonnia e distress degli infermieri in area covid-19: risultati di uno studio osservazionale

Fabio Ottaviani

CPS-I ASL Latina

Corrispondenza: fabio_ottaviani@hotmail.it

RIASSUNTO

Introduzione Con la diffusione della malattia da Coronavirus 2019, sono stati gli operatori sanitari ad esser stati coinvolti in prima linea, risultando i primi ad essere a rischio di sviluppare disagio psicologico.

Obiettivo Determinare l'impatto psicologico del COVID-19 sugli infermieri impegnati in prima linea nella lotta contro la pandemia, attraverso la descrizione della presenza dei sintomi di depressione, ansia, insonnia e distress.

Metodi Questo studio trasversale, attraverso un questionario, ha raccolto dati sullo stato di depressione, ansia, insonnia e distress degli infermieri dedicati all'area COVID-19. Le scale utilizzate sono state il "Patient Health Questionnaire-9" per la depressione, il "Self-Rating Anxiety Scale" per l'ansia, "Insomnia Severity Index" per l'insonnia e "Impact of Event Scale - Revised" per il distress. La raccolta dati è avvenuta dal 10 dicembre 2020 al 10 gennaio 2021, ottenendo da ciascun partecipante il consenso informato.

Risultati Hanno completato il questionario 63 infermieri su un totale di 96, con un tasso di partecipazione del 65,6%. Il 68,2% dei partecipanti erano di sesso femminile. I partecipanti hanno riportato sintomi di depressione (52,38%), ansia (22,23%), insonnia (22,23%) e distress (67,07%). Donne e professionisti più anziani hanno manifestato sintomi più gravi.

Conclusioni I risultati mostrano l'esistenza di una criticità legata allo stato psicologico (depressione, ansia, insonnia e distress) degli infermieri impegnati in area COVID-19. Lo studio pone l'attenzione sulla necessità di considerare azioni di supporto e prevenzione.

Parole chiave: Infermieri, COVID-19, depressione, insonnia, distress, ansia.

Depression, anxiety, insomnia and distress of nurses in covid-19 area: results of an observational study

ABSTRACT

Introduction The spread and diffusion of Covid-19 has caused numerous challenges for healthcare workers who were directly involved in dealing with the pandemic exposing them to major psychological pressure.

Objective This study aims to determinate the psychological impact of the pandemic on frontline nurses involved in the diagnosis and treatment of Covid-19 cases through the appearance of symptoms of depression, anxiety, insomnia and distress.

Methods This cross – sectional study gathered data on depression, anxiety, insomnia and distress levels on nurses working in Covid-19 areas through a questionnaire. The scales used are the "Patient Health Questionnaire-9" to assess depression, the "Self-Rating Anxiety Scale" to assess anxiety, the "Insomnia Severity Index" to assess insomnia and "Impact of Event Scale – Revised" to assess distress. The data was gathered between the 10th of December 2020 and the 10th of January 2021.

Results Among the 96 nurses, 63 completed the questionnaire, with a participation rate of 65,6%. Among the 63 nurses, 68,2% were women. The participants reported symptoms of depression (52,38%), anxiety (22,23%), insomnia (22,23%) and distress (67,07%). Women and older workers have reported worst symptoms.

Conclusions The results show the existence of a critical psychological state (depression, anxiety, insomnia and distress) in nurses working in Covid-19 areas. This study addresses the necessity to consider actions of support and prevention.

Key words: Nurses, COVID-19, Depression, Insomnia, Distress, Anxiety.

IMPLICAZIONI PER LA PRATICA

- Capire se esiste uno stato di criticità legato allo stato di depressione, ansia, insonnia e distress degli infermieri direttamente coinvolti nella gestione dei pazienti con COVID-19.
- Contribuire alla conoscenza del fenomeno, che ha interesse su scala nazionale e internazionale.
- Porre le basi per individuare, attraverso ricerche successive, le tipologie di prevenzione e supporto più appropriate per gli infermieri coinvolti nella gestione della pandemia.

INTRODUZIONE

Dopo la sua prima comparsa nel dicembre del 2019 a Wuhan, il virus SARS-CoV-2, si è diffuso rapidamente in tutto il mondo (WHO 2020a).

La malattia causata ha ricevuto il nome di malattia da coronavirus 2019 (COVID-19) dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). I primi due casi confermati in Italia, nonché nel Lazio, sono stati segnalati il 30 gennaio 2020 e l'11 marzo successivo l'OMS ha dichiarato lo stato di pandemia (WHO 2020b). Dinanzi a questa situazione critica, sono stati gli operatori sanitari ad esser stati coinvolti in prima linea nella diagnosi, trattamento e cura dei pazienti con COVID-19, risultando i primi ad essere a rischio di sviluppare disagio psicologico (Jianbo et al., 2020). La rapida trasmissione e mortalità del COVID-19 infatti, potevano provocare sia l'emergere di nuovi problemi psicologici sia l'esacerbazione di quelli preesistenti (Hao et al., 2020). Il numero sempre crescente di casi confermati e sospetti, l'aumentato carico di lavoro, la copertura mediatica diffusa, e la mancanza di farmaci specifici, erano tutti potenziali fattori scatenanti problemi psicologici (Lee et al., 2018). A questi si è aggiunta la scarsità dei dispositivi di protezione individuale riscontrata dagli operatori sanitari italiani (Costantino et al., 2021). Altri fattori sono da attribuire ai disagi che gli operatori sanitari hanno sperimentato durante questo periodo: vivevano continuamente con il timore di contrarre la malattia, soprattutto quando un collega si infettava o moriva (Chigwedere et al., 2021). Nella fase iniziale dell'epidemia di SARS-CoV-2, il 29% di tutti i pazienti ricoverati erano operatori sanitari (WHO 2020c). Inoltre, gli stessi, temevano di trasmettere l'infezione ai loro colleghi, familiari e amici e di sperimentare l'ostracizzazione e la discriminazione dalle loro comunità a causa dei timori di trasmissione (Bagcchi 2020).

Numerosi studi hanno riportato un aumento dei problemi psicologici durante e dopo le precedenti epidemie di SARS, H1N1 ed Ebola (Su et al., 2007; Matsuishi et al., 2012; Ji et al., 2017). Nel corso delle passate epidemie, tra cui anche quella della MERS, è stata riscontrata una maggiore prevalenza di sintomi di depressione, ansia e distress tra gli operatori sanitari coinvolti, con livelli di ansia più

elevati tra gli infermieri, giovani lavoratori e coloro che assistono direttamente i pazienti infetti (Matsuishi et al., 2012; Lee et al., 2018). Oltre all'impatto immediato possono svilupparsi anche conseguenze a lungo termine. Uno studio relativo all'epidemia di SARS ha evidenziato come gli operatori sanitari coinvolti hanno mostrato alti livelli di depressione, ansia e distress fino a un anno dopo l'epidemia (Lee et al., 2007).

Recenti studi, condotti quasi totalmente in altre nazioni, hanno iniziato ad indagare l'impatto psicologico negativo dell'epidemia di COVID-19 sugli operatori sanitari (Di Tella et al., 2020; Vizheh et al., 2020; Vitale et al., 2021). I disturbi più studiati sono stati l'ansia, la depressione, l'insonnia e il distress e hanno mostrato tutti un aumento della prevalenza tra gli operatori sanitari impegnati nella lotta alla pandemia (Vizheh et al., 2020). Questi impatti sono stati particolarmente importanti tra gli infermieri, che tendono a segnalare sintomi più gravi di insonnia e distress (Lai et al., 2020).

Di fronte a una crisi prolungata come la pandemia, la sostenibilità della risposta sanitaria si affida pienamente alla sua capacità di salvaguardare la salute degli operatori sanitari (Remuzzi 2020). Quindi, comprendere i rischi e gli impatti sulla salute mentale che gli operatori sanitari sperimentano, è di inestimabile valore.

Il presente studio ha esplorato lo stato psicologico degli infermieri impegnati in area COVID-19, in particolare indagando lo stato di depressione, ansia, insonnia e distress. Lo scopo è stato quello di verificare se esiste o meno uno stato di criticità legato alla salute psicologica dei sanitari e di considerare l'eventuale necessità di interventi di prevenzione e/o supporto.

Solo accertando l'esistenza del fenomeno e migliorando la conoscenza nelle diverse realtà, nazionali e internazionali, si avrà la possibilità di adottare interventi di sostegno mirati e funzionali.

OBIETTIVO

Determinare l'impatto psicologico del COVID-19 sugli infermieri impegnati in prima linea nella lotta contro la pandemia, attraverso la descrizione della presenza

dei sintomi di depressione, ansia, insonnia e distress.

METODI

Disegno di studio

Lo studio è un'indagine trasversale, in cui sono stati inclusi gli infermieri impegnati nel trattamento di pazienti affetti da COVID-19 dell'ospedale Santa Maria (S. M.) Goretti di Latina.

Raccolta dati

La raccolta dati è stata effettuata dal 10 Dicembre 2020 al 10 Gennaio 2021. I dati sono stati raccolti mediante un questionario somministrato e divulgato in formato modulo-Google dal titolo "Impatto psicologico del COVID-19 sugli infermieri" reso accessibile attraverso il link da PC, Tablet e Smartphone. La divulgazione è avvenuta tramite opera di volantinaggio contenente lo scopo della ricerca e il link a cui collegarsi. Con il fine di evitare risponditori multipli è stata prevista l'impossibilità di modificare o accedere al questionario più di una volta.

Campione

I soggetti sono stati selezionati all'interno dell'ospedale S. M. Goretti di Latina, centro provinciale di gestione COVID-19, per un totale di 96 infermieri, ovvero tutti quelli assegnati ai reparti di gestione di pazienti positivi al COVID-19: 24 lavoravano nel reparto di Medicina d'Urgenza, 29 in quello di Malattie Infettive e 43 in Rianimazione.

Strumenti

Il questionario consisteva in una sezione socio-demografica e di inquadramento professionale composta da 3 items, quali: sesso, età anagrafica, età professionale. Seguivano poi 4 scale di valutazione:

Patient Health

- Questionnaire-9 (PHQ-9). I sintomi depressivi sono stati valutati utilizzando il PHQ-9 (Kroenke et al., 2001). Il PHQ-9 è una scala di autovalutazione composta da 9 items progettata per lo screening della depressione. Gli items sono valutati su una scala di tipo Likert a 4 punti, che va da 0 (per niente) a 3 (quasi tutti i giorni). Il punteggio totale è compreso tra 0 e 27 (Kroenke et al., 2003). I punteggi 0-4 sono stati considerati "minimi o nulli", 5-9 "lievi", 10-14 "moderati", 15-27 come "gravi". Il valore di cut-off riconosciuto è 10 (Kroenke et al., 2001; Mazzotti et al., 2003).
- Self-Rating Anxiety Scale (SAS). I sintomi

dell'ansia sono stati indagati attraverso la SAS (Zung, 1971). La SAS è uno strumento auto-somministrato per la valutazione dello stato d'ansia. È costituito da 20 items valutati attraverso una scala likert a 4 punti, dove 1 indica "quasi mai" e 4 "molto spesso". Il punteggio totale è compreso tra 20 e 80 e identifica uno stato di ansia normale (20), lieve (21-40), moderato (41-60) e grave (61-80). Il valore cut-off adottato è 41 (Innamorati et al., 2006; Dunstan et al., 2020).

- Insomnia Severity Index (ISI). L'ISI è un questionario di autovalutazione di 7 items che valuta la natura, la gravità e l'impatto dell'insonnia. L'ISI esamina la difficoltà ad addormentarsi, la difficoltà a rimanere addormentati, il risveglio precoce e la soddisfazione e l'impatto derivante dal modello di sonno (Bastien et al. 2001). Gli items sono valutati su una scala di tipo Likert a 5 punti, che va da 0 (nessun problema) a 4 (problema molto grave). Il punteggio totale va da 0 a 28. I punteggi da 0 a 7 indicano "assenza di insonnia", 8-14 "insonnia lieve", 15-21 "insonnia moderata" e 22-28 "insonnia grave". È stato adottato un valore cut-off di 15 (Morin et al., 2011; Castronovo et al., 2016).
- Impact of Event Scale – Revised (IES-R). L'IES-R è un questionario di autovalutazione di 22 items che valuta lo stress post-traumatico. L'IES-R indaga con quanta frequenza i soggetti sono stati turbati da problemi nei sette giorni precedenti (Weiss et al., 1997). Gli items sono valutati su una scala di tipo Likert a 5 punti, che va da 0 (per niente) a 4 (estremamente). Il punteggio totale va da 0 a 88. I punteggi tra 0-8 sono stati considerati "normali", 9-25 "lievi", 26-43 "moderati" e 44-88 "gravi". È stato adottato un valore cut-off di 26 (Beck et al., 2008; Craparo et al., 2013).

Analisi dei dati

Le variabili sono presentate come numeri assoluti e percentuali. Per ogni categoria (genere, età, esperienza) viene riportato il numero dei partecipanti e la relativa percentuale. Tutti i calcoli sono stati effettuati utilizzando il pacchetto software statistico SPSS versione 20.0 (IBM Corp).

Considerazioni etiche

La partecipazione allo studio è avvenuta su base volontaria e nel pieno rispetto della privacy dei soggetti partecipanti (GDPR, Regolamento UE2016/679). I questionari analizzati non erano collegabili alle singole persone. L'approvazione della direzione sanitaria dell'ASL Latina è stata ricevuta prima dell'inizio dello studio.

Il consenso informato è stato fornito da tutti i partecipanti al sondaggio prima della compilazione del questionario. In particolare nella pagina iniziale del modulo sono state fornite tutte le informazioni relative allo studio e al trattamento dei dati e solo apponendo il consenso il partecipante ha potuto accedere al questionario vero e proprio. Inoltre nella pagina sono stati riportati i termini di servizio e le norme sulla privacy di Google moduli.

RISULTATI

Caratteristiche del campione

Nello studio, tra i 96 infermieri operanti nei reparti presi in esame, in 63 hanno completato il questionario (66%). La maggior parte dei partecipanti, 43, erano donne (68,2%), 42 avevano un'età compresa tra 31 e 50 anni (66,6%) e 37 avevano un'esperienza lavorativa maggiore di 5 anni (58,7%). (Tabella 1).

Tabella 1. – Caratteristiche del campione (N=63).		
Caratteristiche	Num.	Percentuale
Genere		
Maschi	20	31,8
Femmine	43	68,2
Età		
22-30	17	26,9
31-40	28	44,4
41-50	14	22,2
>50	4	6,3
Anni d'esperienza		
0-2	13	20,6
3-5	13	20,6
6-10	17	26,9
>10	20	31,7

Prevalenza dei sintomi di depressione, ansia, insonnia e distress

L'84,1% del campione ha presentato sintomi di

depressione e il 19,05% ha manifestato sintomi gravi. Le donne hanno ottenuto punteggi più alti rispetto agli uomini nella sintomatologia moderata e grave, il 44,19% contro il 5% nella sintomatologia moderata e il 23,25% contro il 15% nella sintomatologia grave. La sintomatologia grave ha avuto una prevalenza maggiore nelle fasce d'età più alta, il 50% degli over 50 e il 28,57% dei partecipanti tra i 41 e i 50 anni hanno manifestato sintomi gravi di depressione. Sintomi gravi di depressione sono stati più frequenti tra i soggetti con più esperienza, il 33,33% dei soggetti con 6-10 anni d'esperienza e il 20% con più di 10 anni d'esperienza hanno manifestato tali sintomi (Tabella 2).

Il 100% degli intervistati presenta sintomi di ansia, attestandosi su un livello lieve, nel 77% dei casi, e moderato, nel restante 22%.

La prevalenza della sintomatologia moderata tra le donne è maggiore di quella tra gli uomini: 25,58% contro il 15%. I partecipanti con più di 50 anni hanno manifestato maggiori sintomi moderati di ansia (75%) rispetto ai partecipanti con 22-30 anni (23,53%), 31-40 anni (10,71%) e 41-50 anni (28,57%). (Tabella 3). Il 73% dei partecipanti ha manifestato sintomi di insonnia, per lo più di grado lieve, ma il 12,70 e il 9,52%, hanno manifestato rispettivamente sintomi moderati e gravi.

Sintomi moderati di insonnia sono stati più frequenti tra i soggetti con più di 50 anni (75%) rispetto ai partecipanti con 22-30 anni, 17,65%, 31-40, 10,71% e 41-50, 0%. I partecipanti con meno di due anni d'esperienza non hanno manifestato sintomi gravi, a differenza del 22,22% con 3-5 anni, del 8,33% con 6-10 anni e del 6,67% con più di 10 anni, che invece hanno manifestato tali sintomi (Tabella 4).

Sintomi di distress sono presenti nell'85,70% del campione e la maggior parte presenta sintomi moderati, il 44,44%, e gravi, il 20,63%.

Il 23,25% delle donne presenta sintomi gravi, contro il 15% degli uomini. Solo il 7,69% dei partecipanti con meno di due anni d'esperienza ha manifestato sintomi gravi, contro il 22,22% con 3-5 anni, il 25% con 6-10 anni e il 25% con più di 10 anni (Tabella 5).

Considerando la sintomatologia moderata e grave, i sintomi di depressione e distress sono stati quelli a manifestarsi maggiormente all'interno del campione, manifestandosi rispettivamente nel 52,38% e nel 65,07% dei partecipanti. I sintomi di ansia e insonnia, invece, hanno ottenuto una percentuale minore, attestandosi entrambi al 22%.

Donne, anziani e professionisti con più anni di esperienza hanno manifestato sintomi più gravi di depressione, ansia, insonnia e distress. (Tabella 6).

Tabella 2. – Livelli di depressione.

PHQ-9, sintomi di depressione	Tot	Genere		Età				Esperienza			
	Num. (%)	Num. (%)		Num. (%)				Num. (%)			
		Uomini	Donne	22-30	31-40	41-50	>50	0-2	3-5	6-10	>10
Normale	10,00	7	3	3	1	6	0	0	3	1	5
	(15,87)	(35)	(6,98)	(17,65)	(3,57)	(42,86)	(0)	(0)	(22,22)	(8,33)	(26,67)
Lieve	20,00	9	11	4	13	3	0	4	6	6	4
	(31,75)	(45)	(25,58)	(23,53)	(46,43)	(21,43)	(0)	(33,33)	(44,44)	(33,33)	(20)
Moderata	20,00	1	19	7	10	1	2	7	3	4	7
	(33,33)	(5)	(44,19)	(41,18)	(35,71)	(7,14)	(50)	(55,56)	(22,11)	(25)	(33,33)
Grave	13	3	10	3	4	4	2	2	1	6	4
	(19,05)	(15)	(23,25)	(17,65)	(14,23)	(28,57)	(50)	(11,11)	(11,11)	(33,33)	(20)

Tabella 3. – Livelli di Ansia.

SAS, sintomi di ansia	Tot	Genere		Età				Esperienza			
	Num. (%)	Num. (%)		Num. (%)				Num. (%)			
		Uomini	Donne	22-30	31-40	41-50	>50	0-2	3-5	6-10	>10
Normale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)
Lieve	49,00	17	32	13	25	10	1	10	10	14	15
	(77,77)	(85)	(74,42)	(76,47)	(89,29)	(71,43)	(25)	(77,78)	(77,78)	(83,33)	(73,33)
Moderata	14,00	3	11	4	3	4	3	3	3	3	5
	(22,23)	(15)	(25,58)	(23,53)	(10,71)	(28,57)	(75)	(22,22)	(22,22)	(16,67)	(26,67)
Grave	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)

Tabella 4. – Livelli di Insonnia.											
	Tot	Genere		Età				Esperienza			
	Num. (%)	Num. (%)		Num. (%)				Num. (%)			
ISI, sintomi di insonnia		Uomini	Donne	22-30	31-40	41-50	>50	0-2	3-5	6-10	>10
Normale	17,00	7	10	6	4	7	0	1	4	3	8
	(26,98)	(35)	(23,25)	(35,29)	(14,28)	(50)	(0)	(11,11)	(33,33)	(16,67)	(40)
Lieve	32,00	10	22	7	18	6	1	9	4	11	8
	(50,79)	(50)	(51,16)	(41,18)	(64,29)	(42,86)	(25)	(66,67)	(33,33)	(66,67)	(40)
Moderata	9,00	2	7	3	3	0	3	3	2	1	3
	(12,70)	(10)	(16,28)	(17,65)	(10,71)	(0)	(75)	(22,22)	(11,11)	(8,33)	(13,33)
Grave	5,00	1	4	1	3	1	0	0	3	2	1
	(9,52)	(5)	(9,30)	(5,88)	(10,71)	(7,14)	(0)	(0)	(22,22)	(8,33)	(6,67)

Tabella 5. – Livelli di Distress.											
Categorie di gravità	Tot	Genere		Età				Esperienza			
	Num. (%)	Num. (%)		Num. (%)				Num. (%)			
IES-R, sintomi di distress		Uomini	Donne	22-30	31-40	41-50	>50	0-2	3-5	6-10	>10
Normale	10,00	7	3	2	3	5	0	1	1	3	5
	(14,29)	(35)	(6,98)	(11,76)	(10,71)	(35,71)	(0)	(7,69)	(11,11)	(16,67)	(25)
Lieve	12,00	4	8	4	7	1	0	4	4	3	1
	(20,63)	(20)	(18,60)	(23,53)	(25)	(7,14)	(0)	(30,77)	(33,33)	(16,67)	(5)
Moderata	28,00	6	22	7	15	3	3	7	5	7	9
	(44,44)	(30)	(51,16)	(41,18)	(53,57)	(21,43)	(75)	(53,85)	(33,33)	(41,67)	(45)
Grave	13,00	3	10	4	3	5	1	1	3	4	5
	(20,63)	(15)	(23,25)	(23,53)	(10,71)	(35,71)	(25)	(7,69)	(22,22)	(25)	(25)

Tabella 6. – Caratteristiche demografiche e caratteristiche psicologiche del campione.

Categorie di gravità	Tot	Genere		Età				Esperienza			
	Num. (%)	Uomini	Donne	22-30	31-40	41-50	>50	0-2	3-5	6-10	>10
PHQ-9, sintomi di depressione											
Sotto cut-off	30 (47,62)	16 (80)	14 (32,56)	7 (41,18)	14 (50)	9 (64,29)	0 (0)	4 (33,33)	9 (66,66)	7 (41,66)	9 (46,67)
Sopra cut-off	33 (52,38)	4 (20)	29 (67,44)	10 (58,83)	14 (50)	5 (35,71)	4 (100)	9 (66,67)	4 (33,34)	10 (58,34)	11 (53,33)
SAS, sintomi di ansia											
Sotto cut-off	49 (77,77)	17 (85)	32 (74,42)	13 (76,47)	25 (89,29)	10 (71,43)	1 (25)	10 (77,78)	10 (77,78)	14 (83,33)	15 (73,33)
Sopra cut-off	14 (22,23)	3 (15)	11 (25,58)	4 (23,53)	3 (10,71)	4 (28,57)	3 (75)	3 (22,22)	3 (22,22)	3 (16,67)	5 (26,67)
ISI, sintomi di insonnia											
Sotto cut-off	49 (77,77)	17 (85)	32 (74,41)	13 (76,47)	22 (78,57)	13 (92,86)	1 (25)	10 (77,78)	8 (66,66)	14 (83,34)	16 (80)
Sopra cut-off	14 (22,23)	3 (15)	11 (25,59)	4 (23,53)	6 (21,43)	1 (7,14)	3 (75)	3 (22,22)	5 (33,33)	3 (16,67)	4 (20)
IES-R, sintomi di distress											
Sotto cut-off	22 (34,93)	11 (55)	11 (25,58)	6 (35,29)	10 (35,71)	6 (42,85)	0 (0)	5 (38,46)	5 (44,45)	6 (33,34)	6 (30)
Sopra cut-off	41 (65,07)	9 (45)	32 (74,41)	11 (64,71)	18 (64,28)	8 (57,14)	4 (100)	8 (61,54)	8 (55,55)	11 (66,67)	14 (70)

DISCUSSIONE

I risultati di questo studio, condotto su 63 infermieri, ha rilevato un'alta prevalenza di sintomi di depressione, ansia, insonnia e distress tra gli infermieri che assistono pazienti con COVID-19. In modo particolare i sintomi di depressione e distress destano importanti preoccupazioni, poiché sono presenti in più della metà del campione. La depressione ha avuto una prevalenza del 52,38%, dato che preoccupa non solo per la salute dei lavoratori ma anche per quella del sistema sanitario. Infatti, oltre alle gravi conseguenze in termini di sofferenza individuale, la depressione ha un grande impatto sul funzionamento sociale e sulla capacità lavorativa degli individui (Lerner et al., 2008; Hirschfeld et al., 2000; Evans-Lacko et al., 2016). Secondo uno studio italiano del 2012, la depressione di un lavoratore si traduce in media in 23 giorni annui di assenza dal lavoro per malattia (Di Salvo et al., 2012). Il dato ottenuto in questo studio è in linea con

quello ottenuto da due revisioni della letteratura relative alla pandemia di COVID-19. La prima ha mostrato una percentuale di soggetti con sintomi depressivi che variava dal 5% al 51%, con una mediana del 21% (Muller et al., 2020). La seconda mostrava un'oscillazione dal 12,1% al 55,9% (Vizheh et al., 2020). Il dato è in linea anche con quello ottenuto da uno studio italiano analogo, il quale ha rilevato sintomi depressivi nel 62,88% del campione (Vitale et al., 2021).

Il distress, che nello studio qui presentato, ha ottenuto una percentuale del 65,07%, risulta essere anch'esso in linea con i valori presenti in letteratura. Una revisione che ha preso in considerazione 13 studi mostra un'oscillazione che va dal 7% al 97%, con una mediana del 37% (Muller et al., 2020). Uno studio spagnolo invece fissa la percentuale al 57% (Urzúa et al., 2020). Il distress è stato l'aspetto indagato ad ottenere una prevalenza maggiore nel campione e di conseguenza quello che desta maggiore preoccupazione. La prevalenza dell'insonnia nel campione indagato si è attestata al 22,23%.

Una prevalenza minore rispetto alla depressione e al distress, ma non sottovalutabile. Infatti il 9,52% presenta una sintomatologia grave.

Oltre alle ripercussioni individuali derivanti dall'insonnia, come l'aumento del rischio di sviluppare malattie psichiatriche o cardiovascolari, ci sono anche ripercussioni sul lavoro, infatti l'insonnia aumenta di 8 volte il rischio di incidenti sul lavoro rispetto ai soggetti con sonno regolare (Cricelli et al., 2010). Inoltre l'insonnia è correlata al calo della produttività e ad un aumentato assenteismo sul posto di lavoro (Cricelli et al., 2010). In letteratura la prevalenza dell'insonnia in studi analoghi variava dal 24% al 65% (Muller et al., 2020; Vizheh et al., 2020; Simonetti et al. 2021; Vitale et al., 2021), in questo caso il valore da noi ottenuto si avvicina ai punteggi più bassi rilevati in letteratura, restando comunque coerente. L'ansia, che nel nostro studio è stata riscontrata nel 22,23% dei partecipanti, è stata l'unica variabile indagata a non presentare una sintomatologia grave. A nostro avviso, ciò rappresenta un'opportunità di diagnosi precoce, in modo da individuare e trattare efficacemente i sintomi clinici più lievi prima che evolvano in risposte psicologiche più complesse e durature.

Una revisione della letteratura su studi analoghi ha individuato una percentuale di operatori sanitari con sintomi d'ansia che oscilla tra il 9% e il 90%, con una mediana del 24% (Muller et al., 2020). Una seconda revisione ha presentato un'oscillazione minore, dal 24,1% al 44,6% (Vizheh et al., 2020). Come accaduto per l'insonnia, il valore da noi riscontrato si colloca tra i più bassi presenti in letteratura, ma anch'esso in linea.

I risultati di questo studio sono coerenti con gran parte della letteratura esistente sulle precedenti epidemie virali: le meta-analisi relative agli operatori sanitari impegnati durante l'epidemia di SARS, hanno riportato una prevalenza del 46% di ansia, 37% di depressione, 41% di distress e 30% di insonnia; durante l'epidemia di MERS, il 32% di distress (De Pablo et al., 2020). La meta-analisi di Ricci-Cabello (2020) ha combinato studi sul COVID-19 ed epidemie influenzali e ha riportato stime simili: 45% ha manifestato ansia, 38% depressione e 31% distress. I risultati di due studi che hanno valutato gli operatori sanitari in due momenti differenti durante la pandemia, indicano che questi disturbi sono aumentati dal primo momento all'altro (Muller et al., 2020). Pertanto, vi è motivo di ritenere che la pandemia e le condizioni di lavoro durante la pandemia influiscano negativamente sugli infermieri, sebbene siano necessari ulteriori studi longitudinali per confermare questa ipotesi. Ci sono molti meccanismi plausibili. Sebbene i risultati ottenuti da questo studio non ci consentono di trarre conclusioni

sulla causalità, possono permettere alcune riflessioni. In primo luogo, l'elevato carico di lavoro e l'assenza di programmi che favoriscano il riposo, possono aver contribuito ai disagi psicologici riportati in questo studio. I problemi del sonno e l'insonnia in particolare sono probabili mediatori di disagio psicologico (Krause et al., 2017). In secondo luogo l'esposizione a pazienti infetti e/o la mancanza di dispositivi di protezione individuale e la conseguente paura di infettare colleghi, familiari, amici e se stessi, possono rappresentare le principali cause di disagio provato dagli infermieri (Muller, 2020; Costantino, 2021). Uno studio riporta, inoltre, come anche in presenza di dispositivi di protezione individuale, non tutti gli infermieri possono sentirsi sufficientemente formati per un uso corretto (Muller et al., 2020), ciò rappresenta un esempio di discrepanza tra le esigenze lavorative e le competenze possedute (Karasek et al., 1981), che di per sé è un noto fattore di stress per gli operatori sanitari in tempi non pandemici. I risultati hanno inoltre indicato differenze di genere e anagrafiche potenzialmente importanti, anch'esse confermate dalla letteratura esistente (Gorini et al., 2020; Vizheh et al., 2020). Il tasso di prevalenza di depressione, ansia, insonnia e distress è stato più alto nelle donne. Una maggiore età invece è risultata essere associata, seppur in termini meno marcati, a una maggiore frequenza di valori superiori al cut-off. L'aumento della pressione legata al lavoro e l'incremento di nuovi compiti e degli incarichi durante crisi o disastri come questa pandemia, sono una combinazione che può favorire e innescare disagio psicologico (Gorini et al., 2020). Nell'insieme, i risultati si traducono in una preoccupazione verso il benessere psicologico degli infermieri coinvolti nella pandemia di COVID-19 e ci portano a considerare indispensabile individuare interventi di prevenzione e sostegno.

Lo studio presenta limiti relativi alla ridotta numerosità del campione e alla modalità di campionamento. Inoltre, il 34,4% del campione non ha completato il questionario.

CONCLUSIONI

In questa indagine sugli infermieri operanti nei reparti dedicati a pazienti con COVID-19, i risultati mostrano un'alta prevalenza dei sintomi di depressione, ansia, insonnia e distress. Risultati concordi con quelli presenti in altri studi analoghi, relativi al COVID-19 e alle epidemie precedenti. La protezione degli operatori sanitari è un obiettivo rilevante delle misure di salute pubblica, comprendere meglio il problema e individuare interventi mirati a promuovere il benessere psicologico degli infermieri, sembra essere necessario per far fronte a questa situazione. Intervenire tempestivamente permetterebbe non solo

di salvaguardare la salute degli individui coinvolti ma anche quella del sistema sanitario, che dalla loro salute ed efficienza lavorativa dipende fortemente. Questo studio mette in evidenza l'esistenza del problema e indirizza la ricerca successiva verso un duplice aspetto, da un lato l'indagine sulla possibilità di eliminare o ridurre le cause e dall'altro la possibilità di attenuare gli effetti di queste sui lavoratori. Individuare le cause e testare l'efficacia di interventi di supporto rappresenta un valido spunto per studi successivi.

Conflitto di interessi

L'autore dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

Finanziamenti

L'autore dichiara di non aver ottenuto alcun finanziamento e l'assenza di sponsor economici.

Ringraziamenti

L'autore ringrazia l'Azienda Sanitaria di Latina per la concessione alla raccolta dati, nonché i colleghi che, durante un periodo così duro, hanno partecipato allo studio compilando il questionario somministrato.

BIBLIOGRAFIA

- Bastien C. H., Vallières A. et al. (2001) *Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research*. *Sleep medicine*, 2(4), 297-307.
- Baggchi S. (2020). *Stigma during the COVID-19 pandemic*. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(7), 782.
- Beck J. G., Grant D. M., et al. (2008). *The impact of event scale-revised: psychometric properties in a sample of motor vehicle accident survivors*. *Journal of anxiety disorders*, 22(2), 187-198.
- Castronovo V., Galbiati A. et al. (2016) *Validation study of the Italian version of the Insomnia Severity Index (ISI)*. *Neurological Sciences*, 37(9), 1517-1524.
- Chigwedere O. C., Sadath A. et al. (2021) *The Impact of Epidemics and Pandemics on the Mental Health of Healthcare Workers: A Systematic Review*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6695.
- Costantino C., Cannizzaro E. et al. (2021). *SARS-CoV-2 Infection in Healthcare Professionals and General Population During "First Wave" of COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study Conducted in Sicily, Italy*. *Frontiers in Public Health*, 9.
- Craparo G., Faraci P., et al. (2013) *The Impact of Event Scale-Revised: psychometric properties of the Italian version in a sample of flood victims*. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1427.
- Cricelli C., Mazzoleni F. et al (2010) *Documento L'infermiere*, 2022;59:4:e58-e67
- congiunto SIMG-AIMS - *Guida pratica per la gestione dell'insonnia*. Associazione italiana di medicina del sonno.
- Di Salvo S. (2012) *Depressione, ansia, attacchi di panico: percorsi di cura*. Associazione per la Ricerca sulla Depressione.
- De Pablo G. S., Vaquerizo-Serrano J. et al. (2020) *Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis*. *Journal of affective disorders*, 275, 48-57.
- Evans-Lacko S., Knapp M. et al. (2016) *Global patterns of workplace productivity for people with depression: absenteeism and presenteeism costs across eight diverse countries*. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51(11), 1525-1537.
- Gorini A., Fiabane E. et al. (2020). *Mental health and risk perception among Italian healthcare workers during the second month of the Covid-19 pandemic*. *Archives of psychiatric nursing*, 34(6), 537-544.
- Hao F., Tan W. et al. (2020) *Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry*. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 100-106.
- Hirschfeld R. M., Montgomery S. A. et al. (2000) *Social functioning in depression: a review*. *J Clin Psychiatry*, 61(4), 268-75.
- Innamorati M., Lelli M. et al. (2006) *Validazione convergente e discriminante della versione italiana della Zung Self-Rating Anxiety Scale*. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 12(3), 343-353.
- Jianbo L., Simeng L. et al. (2020) *Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019*. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976-e203976.
- Ji D., Ji Y. et al. (2017) *Prevalence of psychological symptoms among Ebola survivors and healthcare workers during the 2014-2015 Ebola outbreak in Sierra Leone: a cross-sectional study*. *Oncotarget*, 8(8), 12784.
- Karasek R., Baker D. et al. (1981). *Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men*. *American journal of public health*, 71(7), 694-705.
- Krause A. J., Simon E. B. et al. (2017) *The sleep-deprived human brain*. *Nature Reviews Neuroscience*, 18(7), 404-418.
- Kroenke K., Spitzer R. L., Williams, J. B. (2001). *The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure*. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606-613.
- Kroenke K., Spitzer R. L., Williams, J. B. (2003). *The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener*. *Medical care*, 1284-1292.
- Lai J., Ma S. et al. (2020) *Factors associated with mental*

- health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), e203976-e203976.
- Lee A. M., Wong, J. G. et al. (2007) *Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak*. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(4), 233-240.
- Lee S. M., Kang W. S. et al. (2018) *Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients*. *Comprehensive psychiatry*, 87, 123-127.
- Lerner D., Henke R. M. et al. (2008) *What does research tell us about depression, job performance, and work productivity?* *Journal of occupational and environmental medicine*, 50(4), 401-410.
- Matsushita K., Kawazoe A. et al. (2012) *Psychological impact of the pandemic (H1N1) 2009 on general hospital workers in Kobe*. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 66(4), 353-360.
- Mazzotti E., Fassone G. et al. (2003) *Il Patient Health Questionnaire (Phq) per lo screening dei disturbi psichiatrici: uno studio di validazione nei confronti dell'intervista clinica strutturata per il Dsm-IV asse I (Scid-I) [The Patient Health Questionnaire (PHQ) for the screening of psychiatric disorders: a validation study versus the Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I (SCID-I)]*. *G Ital Psicopatol* 9:235-24.
- Morin C. M., Belleville G. et al. (2011) *The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response*. *Sleep*, 34(5), 601-608.
- Muller R. A. E., Stensland R. S. Ø. et al. (2020) *The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review*. *Psychiatry research*, 113441.
- Remuzzi A., Remuzzi G. (2020) *COVID-19 and Italy: what next?*. *The lancet*, 395(10231), 1225-1228.
- Ricci Cabello I., Meneses-Echavez J. F. et al. (2020). *Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis*. *Journal of affective disorders*, 277, 347-357.
- Simonetti V., Durante A. et al. (2021). *Anxiety, sleep disorders and self-efficacy among nurses during COVID-19 pandemic: A large cross-sectional study*. *Journal of clinical nursing*, 30(9-10), 1360-1371.
- Su T. P., Lien T. C. et al. (2007) *Prevalence of psychiatric morbidity and psychological adaptation of the nurses in a structured SARS caring unit during outbreak: a prospective and periodic assessment study in Taiwan*. *Journal of psychiatric research*, 41(1-2), 119-130.
- Urzúa A., Samaniego A., et al. (2020) *Mental health problems among health care workers during the COVID-19 pandemic*. *Revista medica de Chile*, 148(8), 1121-1127.
- Van Bortel T., Basnayake A. et al. (2016) *Psychosocial effects of an Ebola outbreak at individual, community and international levels*. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(3), 210.
- Vitale E., Galatola V. et al. (2021). *Anxiety and Depression symptoms in Italian nurses during the Covid-19 pandemic*. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 43(4), 321-327.
- Vizheh M., Qorbani M. et al. (2020) *The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review*. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 1-12.
- Weiss D, Marmar C, Wilson J, Keane T. *The impact of event scale-revised*. In: Wilson J, Keane T, editors. *Assessing psychological trauma and PTSD: A practitioner's handbook*. New York: Guilford Press; 1997. pp. 399-411.
- World Health Organization. (2020a) *Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report*, 1.
- World Health Organization. (2020b) *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report*, 52.
- World Health Organization. (2020c) *Shortage of Personal Protective Equipment Endangering Health Workers Worldwide*. Available online: <https://www.who.int/news-room/detail/03-03-2020-shortage-of-personal-protective-equipment-endangering-health-workers-worldwide>.
- Zung W. W. (1971) *A rating instrument for anxiety disorders*. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*.