

“Impatto psicologico e crescita post-traumatica nei volontari in risposta all'emergenza sanitaria COVID-19”

Introduzione

Il progetto qui presentato nasce dall'idea che una circostanza traumatica, come quella attuale legata all'emergenza sanitaria del COVID-19, possa avere non solo effetti negativi sul benessere psicologico degli individui coinvolti in prima linea, ma possa altresì creare le opportunità per una crescita post-traumatica “positiva” ed una nuova prospettiva del “significato di vita”.

Il COVID-19 o SARS-CoV-2 è una forma virale, appartenente al gruppo SARS, che intacca principalmente le vie respiratorie superiori e inferiori, causando gravi difficoltà respiratorie e sintomi come tosse, febbre, perdita di gusto e olfatto. Questo virus oltre ad essere caratterizzato da facilità e rapidità di contagio, è noto per l'alto tasso di mortalità (Nguyen, MacKrell, Gould, & Swartz, 2020). Il COVID-19 si diffonde principalmente da persona a persona attraverso i droplets, che sono tipicamente rilasciati nell'aria quando un individuo infetto tossisce o starnutisce; poiché i droplets tendono a precipitare entro uno spazio limitato, la trasmissione potrebbe ridursi se le persone mantenessero le une dalle altre una distanza di circa 2 metri. Il COVID-19 può resistere anche su superfici inanimate quali cartone, plastica ed acciaio inossidabile, quindi la loro contaminazione può giocare un ruolo nella trasmissione dell'infezione (Gandhi, Lynch & Del Rio, 2020). La sfida più difficile per contenere la diffusione del virus sta nel fatto che le persone infette ma che non hanno ancora manifestato i sintomi (pre-sintomatici) o che non li manifestano affatto (asintomatici) sono contagiose. Recenti studi suggeriscono che i pazienti possono essere contagiosi da uno a tre giorni prima dell'insorgenza dei sintomi e che il 40-50% dei casi è attribuibile alla trasmissione dovuta agli individui pre-sintomatici ed asintomatici (Gandhi, Lynch, & Del Rio, 2020). Uno studio (Arons et al., 2020), condotto su un campione di 76 individui, ha mostrato una prevalenza del 64% di casi positivi ed un tasso di mortalità del 26% a distanza di 23 giorni dal contatto con un caso positivo. Più della metà dei soggetti risultati positivi al virus era asintomatica al momento del test. Per quanto riguarda l'Italia, i dati riportati dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) mostrano, su un campione di 57.078 casi positivi accertati, che il 13.4% è asintomatico al momento del test mentre, tra i sintomatici, il 17.8% è già in gravi condizioni ed il 2 % è in condizioni critiche (ISS, “sorveglianza integrata COVID-19” - aggiornamento al 23 Aprile 2020).

L'emergenza sanitaria dovuta al COVID-19 che l'Italia, ed in generale, il pianeta sta affrontando, porta con sé effetti su larga scala, ripercuotendosi in ambito economico,

sanitario e psicologico, ed interessando la popolazione a livello individuale, comunitario ed internazionale, con conseguenze che vanno dalla stigmatizzazione (individuale e comunitaria), all'insorgenza di vere e proprie psicopatologie (Van Bortel et al., 2016).

Per quanto riguarda l'aspetto psicologico, tra i maggiori sintomi riscontrati vi sono quelli legati all'ansia ed alla preoccupazione, allo stress traumatico e alla depressione. In un contesto simile, l'ansia e la preoccupazione (intesa come componente cognitiva dell'ansia) possono compromettere la capacità di funzionamento (Nguyen, MacKrell, Gould, Swatz, 2020). Uno studio condotto in Cina durante la pandemia ha valutato, via web, i livelli di ansia, depressione e qualità del sonno della popolazione e la prevalenza complessiva era rispettivamente del 35,1%, 20,1% e 18,2%. I giovani hanno riportato una prevalenza significativamente più elevata di ansia e sintomi depressivi rispetto agli anziani (Huang & Zhao, 2020).

La risposta assistenziale all'emergenza vede il coinvolgimento non solo di figure mediche e personale sanitario specializzato, ma anche e soprattutto dei volontari delle varie Associazioni sparse sul territorio che prestano i propri servizi assistendo e soccorrendo per primi i pazienti affetti da COVID-19. La figura del volontario rappresenta una delle più grandi risorse di cui il sistema sanitario può avvalersi; i volontari, anche durante epidemie precedenti (Belfroid et al., 2018) hanno manifestato coraggio e altruismo, tant'è che da studi condotti proprio su queste figure emerge come l'altruismo sia uno dei tratti caratterizzanti il loro orientamento motivazionale. I dati riportati dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) Italiano, aggiornati al 24 Aprile 2020, mostrano una prevalenza di casi positivi accertati pari al 51.7% nel sesso femminile e al 48.3% nel sesso maschile. L'età mediana dei casi positivi è di 62 anni, risulta più colpita la fascia d'età che va dagli 80 agli 89 anni con un tasso di mortalità del 40.5%, segue poi la fascia 70-79 anni con un tasso di mortalità del 29.5%. La scelta della popolazione di riferimento è caduta sui territori più colpiti in termini di contagi e di decessi durante l'epidemia da COVID-19: la Lombardia detiene il triste primato con 71.256 contagi e 13.106 decessi (Brescia e Bergamo si collocano rispettivamente al secondo e terzo posto nella classifica delle province più colpite e Bergamo è stato il secondo focolaio d'infezione italiano), segue l'Emilia Romagna con 23.970 contagi e 3.303 decessi (Parma si colloca al quinto posto nella classifica delle province Emiliane più colpite). I dati in questione sono aggiornati al 24 Aprile 2020, a distanza di 63 giorni dal primo caso accertato di COVID-19 in Italia.

Un contesto di tale criticità porta con sé conseguenze inevitabili, quali la manifestazione di sintomi collegati ad un malessere psicologico e fisico e riconducibili a patologie croniche quali ansia, depressione, disturbo da stress post-traumatico che possono intaccare l'adattamento alla vita quotidiana degli individui coinvolti (Wang et al., 2020). In un contesto simile è utile far riferimento al costrutto di resilienza ed, in generale, all'ambito della psicologia positiva per contestualizzare e meglio comprendere le possibilità di rielaborare e trasformare le reazioni traumatiche in una luce costruttiva (Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005). Nonostante la negatività e il carattere sfavorevole della situazione, ci si aspetta che da questi eventi potenzialmente traumatici possano derivare

anche aspetti positivi e benefici, legati a resilienza, crescita post-traumatica e rimodulazione del significato della vita, come testimoniato ad esempio da un gruppo di volontari inviati dall'Unione Europea nell'Africa dell'Ovest durante l'epidemia di Ebola del 2013, i quali hanno testimoniato la positività dell'esperienza, riferendo di aver notato un cambiamento nella propria vita, con priorità nuove e un diverso apprezzamento del valore della stessa esistenza (Belfroid et al., 2018).

La crescita post-traumatica è un costrutto già noto in vari ambiti (filosofici, religiosi e psicologici), che riguarda, in maniera trasversale, la possibilità di cogliere aspetti positivi da un evento traumatico di vario genere (abusi, catastrofi naturali, malattie gravi ed epidemie). Già negli anni '60 (Caplan, G., 1964) si è sostenuto che le situazioni negative e stressanti possano essere gestite dalle persone tramite cambiamenti - adattivi o disadattivi - i quali rappresentano un'opportunità di crescita psicologica e di apprendimento. Il trauma rappresenta il confine tra il vecchio ed il nuovo, il passato ed il presente, ed è proprio da questo confine che si può ripartire creando nuovi schemi e attribuendo nuove priorità e significati. Sono varie le strategie di crescita che possono essere messe in atto: l'esperienza di eventi dolorosi può rendere le persone più sagge e più vicine alla spiritualità, come dimostrato nello studio condotto nell'ospedale di Tan Tock Seng di Singapore durante l'epidemia di SARS del 2003, in cui gli operatori di nazionalità filippina riferivano l'affidamento alla religione come strategia di *coping* più utilizzata (Phua, Thang & Tham, 2004). In una rassegna del 2019 (Milstein, 2019) si valuta la spiritualità come variabile psicologica riferita alla resilienza in risposta ad un evento traumatico di qualunque genere. I traumi indeboliscono le risorse personali ed anche la rete di supporto sociale degli individui, tuttavia esiste una grande eterogeneità nelle risposte umane le quali, molto spesso, si orientano alla resilienza. Nel primo studio citato dalla rassegna è emerso che i partecipanti che ritenevano che Dio avesse il controllo della situazione mostravano minori livelli di ansia rispetto a coloro che ritenevano che Dio fosse vendicativo. Un altro studio rivela che i partecipanti che riferivano maggiore supporto religioso mostravano minori sintomi depressivi, anche nel caso in cui riferivano una scarsa rete di supporto sociale. La complessità della spiritualità intesa come variabile psicologica di resilienza, in risposta ad un trauma, dimostra come mai la Croce Rossa invii volontari che forniscano assistenza sia psicologica sia spirituale (Milstein, 2019). Un'altra conseguenza, spesso considerata come elemento di crescita, è la costruzione di un nuovo "significato nella vita". Il significato personale è un costrutto complesso e articolato, e gli strumenti che ne permettono lo studio e l'analisi sono stati costruiti con non poche difficoltà. Wong (Wong, 1989), definisce il significato personale come un sistema cognitivo individualmente costruito, costituito da 5 componenti: affettiva, motivazionale, cognitiva, relazionale e personale. Le fonti di significato sono svariate e di varia natura; tra queste vi è il soddisfacimento dei bisogni primari, ma anche la realizzazione personale, l'altruismo, la spiritualità, gli ideali. L'indagine di un costrutto di questo tipo, inteso come mediatore del benessere psicofisico e dello stato di salute, fornisce dunque informazioni importanti riguardo le potenzialità atte

a costruire un nuovo significato di vita a seguito di un'emergenza di vasta portata come quella attuale.

Obiettivi

Con il presente studio si intende valutare se l'emergenza sanitaria dovuta alla diffusione del COVID-19 provochi una situazione di generale distress psicologico che però può essere efficacemente ristrutturato in un'opportunità di crescita personale da quegli individui che contemplano una dimensione universale più ampia legata ad un più profondo significato della vita. Contemplare un più profondo significato della vita potrebbe quindi rappresentare un fattore protettivo della salute in seguito all'esposizione ad un evento traumatico, favorendo un arricchimento in termini personali e sociali. Si parla, in questo caso, di crescita post-traumatica in quanto la devastazione e il senso di confusione lasciati dal trauma forniscono una possibilità per costruire nuove opportunità, modalità di vita e di pensiero. In sintesi, il presente studio intende esplorare le relazioni esistenti tra il costrutto di significato della vita, quello di crescita post-traumatica e il distress psicofisico. In particolare, si vuole dimostrare che punteggi più alti inerenti il significato della vita sono direttamente correlati con maggiori livelli di crescita post traumatica. Nello stesso tempo, i livelli dei punteggi ottenuti al questionario che misura il significato della vita dovrebbero risultare correlati negativamente con maggiori livelli di distress psicofisico. La popolazione di interesse è rappresentata dai volontari appartenenti alle Associazioni di soccorso in emergenza-urgenza attivamente impegnati durante la pandemia. Si ipotizza che i volontari che presentano una più forte spinta altruistica, maggiori doti empatiche, tendenza alla prosocialità ed apertura verso l'altro, concretizzata in una diversa percezione del significato della vita, siano più in grado di fronteggiare gli eventi potenzialmente traumatici, mostrando una più veloce risposta adattiva esemplificata da minori punteggi nel questionario che misura i livelli di ansia e depressione e maggiori punteggi nella scala sulla crescita post-traumatica.

Un'ulteriore variabile indagata è l'essere volontari dipendenti o meno, ovvero ricevere un compenso per le proprie prestazioni. Si ritiene infatti che gli individui retribuiti possano essere motivati nel prestare servizio a fronte del rinforzo monetario ricevuto, e non semplicemente per puro altruismo slegato da ogni interesse.

Scopo secondario dello studio è osservare, qualora queste ipotesi siano confermate, quali dimensioni del costrutto di significato della vita siano più positivamente coinvolte nel cambiamento post-traumatico: realizzazione, relazione, religione, trascendenza, accettazione di sé, intimità o senso di equo trattamento. Considerando l'eccezionalità della situazione attuale, i volontari dovrebbero manifestare alti livelli di distress e malessere psicofisico sia a causa del repentino cambiamento nei fattori contestuali quali aumento dei turni, cambiamento delle pratiche e dell'assetto di squadra, sia a causa del contatto diretto con un maggiore senso di impotenza, imprevedibilità e precarietà della vita umana,

particolarmente evidenti in quegli individui che sono più esposti (es.: capo equipaggio vs. ruolo amministrativo). Le interazioni tra i fattori sopra esaminati dovrebbero essere più evidenti nel *follow-up* condotto a sei mesi di distanza dalla prima valutazione. Lo studio permetterebbe così di identificare gli aspetti emotivi e motivazionali rilevanti per progettare, in futuro, interventi di prevenzione e di supporto specificamente mirati a migliorare le proprie capacità umane e professionali.

Metodi e partecipanti

La popolazione di riferimento per questo studio è rappresentata dalle Associazioni di volontariato afferenti alla Croce Rossa Italiana (CRI) e all'Associazione Nazionale Pubbliche Assistenze (ANPAS) situate in Lombardia e in Emilia Romagna, nello specifico in provincia di Bergamo, Brescia e Parma. Le Associazioni CRI ed ANPAS che operano sul territorio Bergamasco sono 38, quelle che operano sul territorio Bresciano sono 37 ed, infine, quelle che operano sul territorio Parmense sono 19. In questo studio sono stati utilizzati come strumenti di rilevazione questionari self-report somministrati ai partecipanti attraverso la piattaforma di Google Moduli. Questa piattaforma genera un link fornito ai Presidenti di ogni Associazione unitamente ad una lettera di presentazione dell'iniziativa per la diffusione tra i volontari. Al link i partecipanti trovano una prima sezione contenente le finalità del progetto e la richiesta di partecipare o meno allo studio con i riferimenti relativi alla garanzia della privacy ed all'utilizzo dei dati personali. Il tempo di compilazione è di circa 20-25 minuti.

Strumenti

Una volta identificate le Associazioni di volontariato presenti sul territorio, e sottoposto alla loro attenzione la possibilità di partecipare al presente studio è fornito loro il link di collegamento per la compilazione dei questionari (il link potrà essere reso disponibile tramite pubblicazione sul sito dell'associazione o invio diretto agli interessati via e-mail). Le sezioni di compilazione questionari sono precedute dalla presentazione di informazioni riguardanti l'obiettivo dello studio, il trattamento dei dati e la privacy. L'indagine prevede in totale 6 sezioni, ripartite come qui di seguito specificato:

- Sezione 1: Informazioni socio-demografiche (genere, età, domicilio, nazionalità, livello d'istruzione, occupazione e numero di componenti del nucleo familiare);
- Sezione 2: Domande relative all'esperienza diretta/indiretta con il COVID-19;
- Sezione 3: Domande relative allo stato di "volontario".

Le ultime tre sezioni prevedono invece l'utilizzo di strumenti standardizzati, quali:

- Sezione 4: *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS-21, Lovibond & Lovibond, 1995; validazione italiana ad opera di: Bottesi et al., 2015); si tratta di un questionario self-report utile per l'individuazione dei livelli di depressione, ansia e stress, presenti nell'ultima settimana. La scala prevede 21 item, ai quali è possibile fornire una risposta su scala Likert a 4 punti (da 0 = "Non mi è mai accaduto" a 3 = "Mi è capitato quasi sempre").
- Sezione 5: *Post Traumatic Growth Inventory* (PTGI, Tedeschi & Calhoun, 1996); strumento utilizzato nella versione italiana (Prati & Pietrantonio, 2014) per indagare la crescita post-traumatica. La scala prevede 21 item con risposta su scala Likert a 6 punti (da "Nessun cambiamento" a "Cambiamento molto importante"); i 21 item rappresentano le 5 dimensioni fondamentali per la crescita post-traumatica: relazione con gli altri, nuove possibilità, forza personale, cambiamento nella spiritualità e apprezzamento per la vita.
- Sezione 6: *Personal Meaningful Profile-Brief* (PMP-B, Wong 1998; traduzione italiana *ad hoc*); questionario in forma breve che indaga ciò il "significato personale di vita" che potrebbe aver subito variazioni in seguito ad eventi potenzialmente traumatici come il COVID-19. Lo strumento è composto da 20 item, ai quali è possibile rispondere tramite una scala Likert a 7 punti (da 1 = "Per nulla" a 7 = "Moltissimo"). Le componenti indagate sono nello specifico: realizzazione, relazione, religione, trascendenza, accettazione di sé, intimità e trattamento soddisfacente. Un vantaggio di questo strumento è fornire tre differenti indici di ricerca del significato: grandezza (più il punteggio totale è alto e più il significato di vita attuale corrisponde a quello ideale), ampiezza (gli individui che traggono significato dalla maggior parte delle fonti riportate nel questionario hanno una base più ampia da cui derivare il significato) e bilanciamento (inteso come rapporto tra le varie dimensioni).

Analisi dei risultati

I dati ottenuti dagli strumenti saranno prima sottoposti alle adeguate procedure di *scoring*. Successivamente una prima analisi statistica descrittiva permetterà di ottenere il pattern generale dei risultati ricavati dalla somministrazione dei vari questionari nei due tempi (T1 e T2) relativamente ai livelli di ansia, depressione, stress, crescita post-traumatica e significato della vita. L'applicazione di un'analisi di regressione multipla consentirà di esaminare il peso dei fattori considerati rilevanti.

Bibliografia

Arons M. M., et al., (2020). Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility. *The New England Journal of Medicine*.

Belfroid E. et al., (2018). Positive experiences of volunteers working in deployable laboratories in West Africa during the Ebola outbreak. *PLoS One*, 13(4): e0196320.

Bottesi G. et al., (2015). The Italian version of the Depression Anxiety Stress Scales-21: Factor structure and psychometric properties on community and clinical samples. *Science Direct*.

Caplan G., (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.

Gandhi R. T., Lynch J. B. & Del Rio C., (2020) Mild or Moderate Covid-19. *The New England Journal of Medicine*.

Huang Y. & Zhao N., (2020) Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research* 288 (2020) 112954.

Lovibond S. H. & Lovibond P. F., (1995). *Manual for the Depression Anxiety and Stress Scales*. (2nd Ed.). Sydney: Psychology Foundation.

McDonald M. J., Wong, P. T. P., & Gingras, D. T. (2012). Meaning-in-life measures and development of a brief version of the Personal Meaning Profile. In P. T. P. Wong (Ed.), *The human quest for meaning: Theories, research, and applications* (2nd ed., pp. 357-382).

Milstein, G. (2019). Disasters, psychological traumas, and religions: Resiliencies examined. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(6), 559-562.

Nguyen J., MacKrell K., Gould N. & Swartz K., (2020). *Managing Stress and Coping with COVID-19*. Johns Hopkins Psychiatry Guide.

Phua DH., Tang H. K. & Tham K. Y., (2005). Coping responses of emergency physicians and nurses to the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak. *Academic Emergency Medicine*, 2005 Apr;12(4):322-8.

Prati G. & Pietrantonio L. (2014). Italian adaptation and confirmatory factor analysis of the full and the short form of the Post-traumatic Growth Inventory. *Journal of Loss and Trauma*, 19(1), 12-22.

Seligman M.E.P., Steen T.A., Park N. & Peterson C., (2005). *Positive Psychology Progress*.

Empirical Validation of Interventions. American Psychologist Association, Vol. 60, No. 5, 410-421.

Tedeschi R. G. & Calhoun L. G., (1996). The post-traumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*/Volume 9, Issue 3.

Van Bortel T. et al., (2016). Psychosocial effects of an Ebola outbreak at individual, community and international levels. *Bulletin of the World Health Organization* 2016;94:210-214.

Wang, C. et al., (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 1729.

Wong, P. T. P., (1989). Personal meaning and successful aging. *Canadian Psychology*, 30(3), 516-525.

Wong, P. T. P. (1998). Implicit theories of meaningful life and the development of the personal meaning profile. In P. T. P. Wong & P. S. Fry (Eds.), *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications* (p. 111-140). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.