

BURNOUT E ALESSITIMIA NEL PERSONALE SANITARIO DURANTE LA PANDEMIA DA COVID-19

Giulio Amadei, Ilaria Bucci, Beatrice Benetta, Elena Bilotta, Antonino Carcione

Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva – Roma

Corrispondenza

E-mail: giulio.amadei@hotmail.it

Riassunto

L'impatto psicologico dell'epidemia da SARS-COV-2 e delle successive misure di contenimento sociale sulla popolazione italiana è attualmente sconosciuto. Sicuramente l'evento sottopone la popolazione a un forte carico stressante e il personale sanitario in particolare data la sua mole di responsabilità.

Questo studio intende raccogliere dati utili a valutarne le conseguenze psicosociali. Sono stati somministrati in via telematica 2 test di valutazione (MBI, TAS-20) a un campione di 374 soggetti di genere misto ed età compresa tra 18 e 74 anni, per l'analisi dei livelli di alessitimia e del rischio di *burnout*. Il campione è composto da 2 sottogruppi: popolazione generale e personale sanitario. I risultati sono stati correlati al periodo di isolamento sociale, così da osservarne l'effetto su entrambi i costrutti. I risultati hanno mostrato nel Personale Sanitario un minor livello di *burnout* in particolare grazie ad una maggiore realizzazione professionale e minori livelli di alessitimia. L'alessitimia risulta essere la variabile maggiormente predittiva di *burnout*, anche più dei giorni in isolamento.

Parole chiave: COVID-19, burnout, alessitimia, isolamento, personale sanitario

BURNOUT AND ALEXITHYMIA IN HEALTH CARE WORKERS DURING PANDEMIC COVID-19

Abstract

The psychological impact of the SARS-COV-2 epidemic and the subsequent social containment measures on the Italian population is currently unknown. Undoubtedly, the event subjects the population to strong stressful load and health care workers in particular, given the amount of responsibility they have.

This study aims to collect useful data to assess its psychosocial consequences. Two self-reports (MBI, TAS-20) were administered electronically to a sample of 374 subjects of mixed gender and age between 18 and 74 years, to analyse alexithymia and Burnout risk. The sample consisted of 2 subgroups: general population and health care workers. The results were correlated with the period of social isolation in order to observe the effect on both constructs. The results showed in the health care personnel a lower level of Burnout due in particular to higher professional fulfilment and lower levels of alexithymia. Alexithymia turns out to be the strongest predictor of Burnout, even more than days spent in isolation.

Key words: COVID-19, burnout, alexithymia, isolation, health care workers

DOI: 10.36131/COGNCL20200205

SOTTOMESSO 28 NOVEMBRE 2020, ACCETTATO 5 GENNAIO 2021

Introduzione

Il 30 Gennaio 2020, a seguito della segnalazione da parte della Cina di un cluster di casi di polmonite virale ad eziologia ignota nella città di Wuhan (poi identificata come un nuovo coronavirus denominato Sars-Cov-2), l'OMS ha dichiarato l'emergenza sanitaria di interesse internazionale.

Successivamente il governo italiano dopo i primi provvedimenti cautelativi già adottati, tenuto conto del carattere altamente diffusivo dell'epidemia, ha emanato lo stato di emergenza mettendo inoltre in atto misure di contenimento sul territorio nazionale.

Il 9 Marzo 2020, dato il numero sempre crescente di contagi e decessi, il governo ha quindi emanato un decreto con il quale l'intero territorio italiano è stato sottoposto a misure di contenimento ed isolamento precauzionale (*lockdown*).

Numerosi studi condotti in precedenza, in occasione di altre epidemie o emergenze sanitarie, hanno ampiamente dimostrato come tali eventi possano provocare conseguenze psicosociali di grave entità e di lunga durata sull'individuo e sulla società. Una ricerca condotta durante l'epidemia di Sars ha rilevato che la quarantena aumenta i sintomi depressivi (Liu *et al.*, 2012) e post-traumatici (Lau, Yang, Pang, Tsui, Wong & Wing, 2005; Wu *et al.*, 2009). Inoltre, la vicinanza a focolai intensi di un'epidemia è associata a tassi più elevati di ansia (Ko, Yen, Yen & Yang, 2006) e tentativi di suicidio (Chan, Chiu, Lam, Leung & Conwell, 2006; Yip, Cheung, Chau e., 2010).

Se a livello individuale le epidemie sono associate a un'ampia gamma di comorbidità psichiatriche tra cui ansia, panico, depressione e disturbi legati al trauma (Tucci *et al.*, 2017), l'impatto psicosociale delle emergenze sanitarie sembrerebbe inoltre essere amplificato da misure di contenimento quali l'isolamento sociale e la quarantena (Brooks *et al.*, 2020). La quarantena è stata difatti associata ad alti livelli di stress (DiGiovanni *et al.*, 2004), depressione (Hawryluck *et al.*, 2004), irritabilità ed insonnia (Lee *et al.*, 2005). Inoltre, l'essere limitati dalle misure di quarantena è associato a disturbi da stress acuto (Bai *et al.*, 2004) e traumi (Wu *et al.*, 2009), in particolare in specifiche popolazioni a rischio come gli operatori sanitari (Lai *et al.*, 2020).

In una metanalisi condotta su 59 articoli riguardanti le conseguenze psicologiche sul personale sanitario in seguito alle maggiori epidemie degli ultimi 20 anni (Sars, Mers, H1N1, Ebola ed altre), emerge come gli operatori in contatto con pazienti affetti siano più esposti a sviluppare livelli più elevati di stress acuto e post-traumatico. I fattori di rischio psicologico sembrerebbero in tale studio rappresentati dalla giovane età, dall'essere genitori di figli a carico e dall'aver un familiare contagiato. È inoltre emerso che l'emergenza, una quarantena più lunga e la mancanza di supporto hanno contribuito ad acuire gli effetti psicologici negativi (Kisely S, Warren N, *et al.*, 2020).

Sempre più numerosi, anche oggi, gli studi sull'epidemia da COVID-19 che cercano di evidenziare le conseguenze psicologiche che l'epidemia stessa e le misure di contenimento hanno avuto sulla popolazione. In particolare si osservano livelli più elevati di stress e sintomi psicopatologici nella popolazione (Rossi *et al.*, 2020a).

Studi sui rischi psicosociali dello stress tra il personale sanitario durante le epidemie di SARS ed Ebola, durante la pandemia influenzale A/H1N1 e durante la gestione dell'epidemia COVID-19 in Cina hanno rilevato la comparsa di sintomi associabili a stress post traumatico.

Uno studio trasversale condotto in Cina su 1257 operatori sanitari impegnati nei presidi coinvolti nella gestione di pazienti con COVID-19, ha valutato la presenza di sintomi depressivi e ansiosi evidenziando che le donne, il personale infermieristico e coloro che lavorano nelle zone

con maggiore concentrazione di casi (che sono più direttamente coinvolti nell'emergenza) hanno dei sintomi più intensi e possono pertanto necessitare di supporto o di interventi psicologici (Lai *et al.*, 2020). In un altro studio di Rossi *et al.* (2020b) emerge che il personale sanitario presenta livelli sopra il cut-off di PTSD, ansia, depressione, insonnia, e stress percepito.

In uno studio condotto sulla popolazione turca in cui sono state somministrate scale per ansia e depressione tramite questionario on-line i risultati suggeriscono che i gruppi più colpiti psicologicamente dalla pandemia COVID-19 sono le donne, gli individui con precedenti malattie psichiatriche, gli individui che vivono in aree urbane e quelli con una malattia cronica di accompagnamento. La priorità potrebbe quindi essere attribuita a questi gruppi nella futura pianificazione psichiatrica (Özdin *et al.*, 2020).

In accordo con tali studi, i risultati di un'indagine periodica condotta sul territorio italiano dall'Istituto Piepoli (2020) e commissionata dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, mostrano come il 63% degli italiani affermi di essere "molto o abbastanza stressato", mentre il 43% sia consapevole di vivere un "livello massimo di stress". Ulteriori studi mostrano come la popolazione italiana ha presentato trasversalmente segni di sofferenza psicologica e significativi disturbi del sonno, dopo il lungo e stressante periodo di isolamento dovuto alla pandemia COVID-19 (Salfi *et al.*, 2020).

È dunque a questo punto evidente come una condizione emergenziale di tale entità abbia non solo conseguenze dirette e immediate sulla salute fisica della popolazione generale e su quella del personale sanitario, ma anche delle conseguenze di tipo psicologico a breve e lungo termine che necessitano quindi di un intervento.

Obiettivo di tale studio è di valutare l'impatto psicologico dell'epidemia e delle misure di contenimento adottate, prendendo in considerazione in particolare il rischio di *burnout*, i livelli di alessitimia e i giorni di isolamento nella popolazione generale e nel personale sanitario, impegnato in prima linea nel fronteggiamento del virus e la cura dei pazienti affetti.

Professioni sanitarie e burnout

Negli anni '70, Freudenberg (1974) richiamò l'attenzione su una delle possibili manifestazioni dello stress lavorativo, introducendo il concetto di *burnout*. Questo termine indica una condizione rilevata tra lavoratori impegnati nelle cosiddette professioni di aiuto, specialmente dell'area sociosanitaria. Quella del *burnout* è una sindrome che consiste essenzialmente nel logoramento delle motivazioni e delle emozioni, nonché in una stanchezza e in una sfiducia che portano allo spegnersi della volontà.

Questa condizione deriva dal sentirsi oppressi dal carico emotivo pratico e mentale causato dalle difficoltà di chi si assiste e conduce a una ridotta empatia nei confronti delle persone delle quali ci si dovrebbe occupare. Il *burnout* si differenzia dallo stress in quanto non presenta un quadro psico-fisico ma dimensioni psicologiche e emotive, non si manifesta in una reazione momentanea ma in un processo a lungo termine ed infine non è associato ai diversi aspetti della vita lavorativa ma è legato alla specifica dimensione interpersonale (Borgogni e Consiglio, 2005).

Maslach e Jackson (1981) definiscono il *burnout* come una sindrome costituita da tre variabili: 1. Esaurimento emotivo 2. Depersonalizzazione 3. Ridotta realizzazione professionale. Il *burnout*, come situazione psicopatologica, viene considerato una importante fonte di disagio e, in quanto tale, potrebbe avere delle ricadute nei rapporti con i pazienti, alterando in questo modo la relazione tra operatori delle professioni d'aiuto e il paziente stesso. Secondo la teoria della

compassione (Figley, 2002), il *burnout* sarebbe legato a un eccesso di empatia, che renderebbe più vulnerabili ai fattori stressanti insiti nella professione; al contrario, secondo la teoria della dissonanza emotiva (Bonino, 2006), il *burnout* sarebbe associato a scarse abilità empatiche riscontrate soprattutto in persone con tratti alessitimici (Gleichgerrcht & Decety, 2013), cioè che presentano difficoltà nell'identificare, differenziare e descrivere le proprie emozioni in associazione a rappresentazioni mentali impoverite degli stati emotivi propri ed altrui.

Alessitimia e burnout

Il termine alessitimia (dal greco α = mancanza, λέξις = parola, θυμός = emozione), coniato nel 1973 da Sifneos, indica una difficoltà ad identificare i sentimenti, a descriverli, una limitata capacità immaginativa ed uno stile di pensiero orientato verso la realtà esterna (Sifneos, 1973).

Nei soggetti alessitimici emerge chiaramente la presenza di una difficoltà ad identificare i propri stati mentali che può sfociare in abuso di sostanze o parafilie (Mangiapane et al., 2011). Talvolta le persone alessitimiche mostrano una scarsa capacità di provare emozioni positive come gioia, felicità e amore (Krystal, 1998). Una compromissione nel processo di elaborazione cognitiva delle emozioni ha delle ripercussioni importanti anche sulle relazioni interpersonali, infatti Krystal (1979) ha evidenziato una correlazione tra alessitimia e capacità di empatizzare con gli altri, come conseguenza della difficoltà a riconoscere le proprie emozioni.

Allo stato attuale trova conferma nella letteratura una relazione significativa tra alessitimia e *burnout*.

Ad esempio, in una metanalisi condotta nel 2007, che ha preso in considerazione studi prodotti tra il 1996 e il 2014 che hanno indagato la relazione tra alessitimia e *burnout* e che hanno utilizzato come scale di valutazione Toronto Alexithymia Scale (TAS-20 – Taylor, Bagby e Parker, 1992) e Maslach Burnout Inventory (MBI – Maslach e Jackson, 1981), è emersa relazione significativa tra i due costrutti in tutti gli studi analizzati (Caputo, 2007).

Tuttavia, si tratta nella quasi totalità dei casi, di studi osservazionali (di coorte) e correlazionali nei quali non è stato possibile prevedere un processo di randomizzazione dei soggetti e per questa ragione è complesso confermare in maniera definitiva una relazione lineare di causalità tra alessitimia e *burnout*.

Lo studio corrente

In accordo con gli studi sopra esposti ipotizziamo che: 1. Si osservino livelli più elevati di *burnout* nel gruppo composto da personale sanitario piuttosto che nella popolazione generale; 2. che i soggetti alessitimici siano più esposti al *burnout*. In aggiunta abbiamo ritenuto necessario tenere in considerazione anche la variabile rappresentata dai giorni di isolamento vissuti, al fine di valutarne l'eventuale ruolo sullo stress indagato attraverso le tre dimensioni del *burnout*.

Questo poiché se da una parte è assodato che il personale sanitario sia più esposto a fattori di stress, soprattutto in un periodo durante il quale è chiamato ad intervenire in prima linea esponendosi a rischio psicofisico più elevato, dall'altra la situazione vissuta a causa della pandemia ha esposto a notevole stress anche la popolazione generale e ciò, a nostro parere, non poteva essere trascurato.

Metodo

Partecipanti

Il campione reclutato era composto da un totale di 374 soggetti, di cui 253 (67.6%) donne e 121 (32.3%) uomini, di età compresa tra i 18 e i 75 anni. L'età media del campione si attestava quindi sui 36.17 ($s = 13.08$) anni.

Il campione è stato successivamente diviso in 2 gruppi sulla base della professione svolta: dei 374 soggetti totali del campione, 159 soggetti (42%) lavoravano in ambito sanitario, di cui 32 medici (20.1%), 21 infermieri (13.2%), 13 OSS (8.2%), 29 psicologi (18.2%), 64 altri (40.3%), mentre 216 (58%) lavoravano in ambito non sanitario (impiegati, commessi, ecc.).

Tra i criteri di esclusione si segnalano la presenza di disturbi psicologici o psichiatrici e l'assunzione di psicofarmaci o droghe (rilevazione effettuata attraverso il questionario somministrato on-line).

Procedura

Per verificare le ipotesi del presente studio è stato creato un apposito questionario, successivamente diffuso online nel periodo tra il 2 Maggio 2020 ed il 2 Luglio 2020. Il questionario aveva forma anonima per garantire la riservatezza dei dati degli utenti, ed era indirizzato alla popolazione generale e al personale sanitario operante sul territorio italiano.

Misure

Dopo la compilazione del consenso per il trattamento dei dati e una prima parte anagrafica, agli utenti sono state presentate due differenti scale di valutazione, rappresentate dalla Toronto Alexithymia Scale (Taylor, Bagby, Parker, 1992) e dal Maslach Burnout Inventory (Maslach, Jackson, 1981), le quali hanno permesso di valutare rispettivamente i livelli di alestitimia e *burnout*.

Maslach Burnout Inventory (MBI)

L'MBI è un questionario multidimensionale autosomministrato, composto di 22 item (Maslach e Jackson, 1981) adeguato a misurare il livello di *burnout* di un individuo. Ogni item prevede una risposta su scala Likert a sei punti con una possibilità di scelta da "mai" a "ogni giorno". Il questionario si compone di 3 sottoscale:

Esaurimento Emotivo, inteso come la percezione di essere prosciugato emotivamente;

Depersonalizzazione, ovvero distacco e apatia nei confronti del proprio lavoro;

Realizzazione Personale, come sinonimo di percezione della propria competenza.

Lo strumento ha mostrato una buona affidabilità, con α compreso tra .58 e .90. (Rafferty, 1986).

Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

La TAS-20 (Bagby *et al.*, 1994) è un questionario autosomministrato composto da 20 item che valuta l'alestitimia. Il punteggio per ogni item viene attribuito tramite una scala Likert a 5 punti. Si compone di tre sottoscale: 1) difficoltà a individuare sentimenti, 2) difficoltà a descrivere sentimenti e 3) stile di pensiero orientato all'esterno (o concreto).

L'affidabilità del TAS-20 è stata ampiamente studiata (Bagby *et al.* 1994) rendendo il test valido per l'utilizzo in ambito diagnostico ($\alpha = .81$).

Analisi dei dati

Al fine di verificare le ipotesi dello studio, ovvero identificare quale fattore fosse più importante nell'associazione con i livelli di *burnout*, è stata realizzata una regressione lineare.

Le variabili dipendenti erano le tre sottoscale del MBI, ovvero: *Esaurimento Emotivo*, *Depersonalizzazione* e *Realizzazione Personale*, mentre le variabili indipendenti, erano le seguenti: *Gruppo di appartenenza (Personale sanitario vs Popolazione generale)*, *Alessitimia* e *numero dei giorni di isolamento*.

Per l'analisi dei dati è stato utilizzato il software SPSS (Versione 20).

Risultati

È stata effettuata la regressione lineare per valutare quali variabili (*Giorni di isolamento*, *Punteggio totale TAS-20* e *Gruppo di appartenenza*) fossero maggiormente predittive dei punteggi ottenuti nelle tre dimensioni del *burnout*.

Come si può osservare dalla **tabella 1.1**, tra le tre variabili prese in considerazione, l'unica ad apparire associata con i livelli di esaurimento emotivo è l'alessitimia ($F(3,278)=17,074$ $P<.001$). Né i giorni di isolamento, né il gruppo di appartenenza, appaiono associate alla dimensione esaurimento emotivo (F_s ns).

Tabella 1.1. *Esaurimento Emotivo (MBI)*

| | β | t |
|----------------------|---------|---------|
| Giorni di isolamento | .067 | 1.186 |
| Alessitimia | .372 | 6.634** |
| Gruppo | .055 | .968 |

Nota: ** $p<.001$; * $p<.05$; N=374

Per quanto riguarda invece i livelli di depersonalizzazione, le variabili associate sono l'alessitimia, seguita dai giorni trascorsi in isolamento ($F(3,274)=15.048$; $p<.001$). L'appartenenza al gruppo non appare associata alla variabile in questione (F ns).

Tabella 1.2. *Depersonalizzazione (MBI)*

| | β | t |
|----------------------|---------|---------|
| Giorni di isolamento | .118 | 2.066* |
| Alessitimia | .318 | 5.574** |
| Gruppo | .096 | 1.665 |

Nota: ** $p<.001$; * $p<.05$; N=374

Per quanto riguarda infine la variabile *Realizzazione Personale*, i risultati della regressione riportano una sua associazione negativa con l'alessitimia ($F(3,291)=24.18$; $p<.001$), seguita da una associazione negativa del gruppo di appartenenza (1= gruppo sanitari; 2= popolazione generale), a indicare che la realizzazione personale è maggiormente associata all'appartenenza del gruppo di sanitari ($F(3,291)=24.18$; $p<.05$). Il numero dei giorni di isolamento non appare invece associato alla variabile dipendente in questione (F ns).

Tabella 1.3. *Realizzazione Personale (MBI)*

| | β | t |
|----------------------|---------|----------|
| Giorni di isolamento | .004 | .079 |
| Alessitimia | -.396 | -7.434** |
| Gruppo | -.163 | -3.026* |

Nota: ** $p<.001$; * $p<.05$; $N=374$

Discussione e conclusioni

Questo studio intende raccogliere dati utili a valutare le conseguenze psicosociali dell'epidemia da SARS-COV-2 e delle conseguenti misure di contenimento sulla popolazione generale e sul personale sanitario. La nostra ipotesi era che il personale sanitario presentasse livelli più elevati di *burnout* data la maggiore esposizione all'epidemia, al rischio di contagio per sé e per i propri cari e al carico lavorativo.

Per verificare tale ipotesi abbiamo preso in considerazione in particolare il *burnout*, valutando il ruolo svolto dall'alessitimia, dai giorni trascorsi in isolamento e dal gruppo d'appartenenza.

Per far ciò abbiamo osservato quale fattore potesse essere predittivo dei livelli di *burnout* rilevati, attraverso l'analisi della regressione lineare. Tra le variabili oggetto di studio (variabili dipendenti) abbiamo inserito quindi l'*Esaurimento Emotivo*, la *Depersonalizzazione* e la *Realizzazione Personale* del MBI, valutando come predittori il *Gruppo* di appartenenza (*Personale Sanitario* vs. *Popolazione Generale*), il punteggio totale della TAS-20 (ovvero i livelli di *alessitimia*) e il numero dei giorni di *isolamento*.

Contrariamente a quanto ipotizzato, il personale sanitario non presenta un livello più elevato di *burnout*, anzi presenta un livello di *Realizzazione Personale* maggiore rispetto al gruppo *Popolazione Generale*. Questo potrebbe essere spiegato dal fatto che, nonostante la maggiore esposizione al virus e la forte responsabilità a cui sono state esposte persone che svolgono professioni di aiuto, il sentirsi protagonisti, attivi sul campo piuttosto che a casa impotenti e in attesa, essere riconosciuti di valore per il proprio impegno (tanto da essere etichettati spesso come "eroi" dai media) ha comportato un senso di soddisfazione e riconoscimento sociale del proprio ruolo e del proprio lavoro.

La nostra seconda ipotesi era invece che l'alessitimia fosse associata a un maggiore *burnout* e tale dato, in accordo con la letteratura (Karlida, Ünal,Yolo Lu, 2001 – Pini et al., 2006 – Mangiapane et al., 2011) risulta confermato. Infatti l'*alessitimia* appare la variabile maggiormente associata all'*esaurimento emotivo*. I soggetti alessitimici, ovvero incapaci di identificare e

descrivere le proprie emozioni, appaiono più a rischio in condizioni di sovraccarico lavorativo, di sentirsi svuotati emotivamente, privi di risorse emotive e senza la possibilità di accedere ad altre fonti di rifornimento emotivo.

I soggetti alessitimici appaiono inoltre maggiormente esposti alla *Depersonalizzazione*, ovvero a provare distacco e rifiuto verso il lavoro e gli altri, vivendo le relazioni con persone richiedenti aiuto con sentimenti di fastidio, cinismo e apatia.

L'alessitimia appare, inoltre, inversamente correlata con la realizzazione professionale, dunque soggetti più in grado di identificare e descrivere i propri sentimenti tendono a sentirsi più adeguati al lavoro, più competenti ed efficaci e più soddisfatti della propria carriera con conseguente maggior produttività e impegno nel lavoro (Maslach e Jackson, 1981).

Infine, il numero di giorni di isolamento sociale appare correlato con la depersonalizzazione, dunque l'isolamento sembra esporre i soggetti al rischio di distacco. Tale dato può essere considerato in linea con quanto affermato da vari autori, tra cui Liotti che descrivendo la natura interpersonale della coscienza, correla l'isolamento con potenziali sintomi dissociativi (Liotti, 1994).

In conclusione, è possibile affermare che il fattore che appare più predittivo del rischio di *burnout* è l'alessitimia, con risultati significativi in tutte le sottoscale del MBI e che l'isolamento sociale potrebbe svolgere un ruolo importante sulla depersonalizzazione, mentre non si apprezzano differenze significative tra popolazione generale e personale sanitario se non per quanto riguarda la *Realizzazione personale*, più elevata nel secondo gruppo.

È quindi possibile ipotizzare che durante l'epidemia partecipare attivamente all'emergenza sanitaria abbia contribuito al mantenimento di un maggiore senso di efficacia e a livelli più alti di *Realizzazione Personale*, nonostante la maggiore esposizione allo stress lavorativo e ai rischi psicofisici.

Limiti e ulteriori sviluppi

Tra i limiti dello studio segnaliamo la somministrazione del MBI anche alla popolazione generale che non necessariamente svolge una professione d'aiuto. Originariamente il questionario era rivolto alle professioni sanitarie, ovvero quelle mansioni che contemplano una notevole interazione emotiva tra l'operatore e l'utente (psicologi, operatori sociali e del volontariato, insegnanti, medici, ecc.). Nel tempo il suo utilizzo si è ampliato verso tutte quelle professioni che richiedono un costante contatto con il pubblico o con persone in stato di bisogno. Quindi, considerando la particolare situazione richiesta dalla pandemia abbiamo ritenuto, seppure con un uso un po' estensivo, di poterlo applicare anche per la popolazione generale comunque chiamata, per la particolare situazione generata dalla pandemia, a prestare aiuto in modo piuttosto diffuso.

Ovviamente tali risultati sono da circoscrivere al periodo iniziale dell'emergenza durante il quale è stata effettuata la raccolta dati. È possibile, infatti, che dopo una reazione attiva e partecipe iniziale, spinti dal vigore e dalla propria responsabilità professionale, il personale sanitario, in conseguenza del prolungarsi dei tempi della pandemia, possa manifestare un peggioramento della propria situazione psicologica, non solo in termini di *burnout* ma anche di altri sintomi psicologici.

Rossi et al. (2020b) hanno evidenziato un incremento dello stress percepito, depressione e insonnia, Greenberg et al. (2020), hanno segnalato il maggior rischio per il personale sanitario di danni morali e di problemi di salute mentale.

Necessario quindi senza dubbio programmare interventi precoci e preventivi per tutta la

popolazione, modulando adeguatamente le routine di vita e lavorative, in tutte le età finché perdurano la pandemia e le restrizioni legate in particolare al distanziamento sociale che diventa in alcuni periodi isolamento (Galea, Merchant e Lurie, 2020).

Bibliografia

- Caputo, A. (2007). Psychofrenia – Anno XVIII – N. 31/2015 – pp. 31-50 – ISSN 1722-8093
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994a). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale – I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, pp. 23-32.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994b). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale – II. Convergent discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, pp. 33-40.
- 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*, 55(9), 1055-1057.
- Bonino S. (2006). Contagio, empatia e comportamento pro-sociale. In Bonino S e Caprara GV (A cura di), *Il comportamento prosociale. Aspetti individuali, familiari e sociali*, Erickson.
- Borgogni, L., Consiglio, C. (2005). Job burnout: evoluzione di un costrutto. *Giornale Italiano di Psicologia*, 27, 23-57.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395, 912–920. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30460-8)
- Chan, S. S. M., Chiu, H. K. H., Lam, L. C. W., Leung, V. P. Y., & Conwell, Y. (2006). Elderly suicide and the 2003 SARS epidemic in Hong Kong. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 113–118.
- Di Giovanni, C., Conley, J., Chiu, D., & Zaborski, J. (2004). Factors influencing compliance with quarantine in Toronto during the 2003 SARS outbreak. *Biosecurity and bioterrorism: biodefense strategy, practice, and science*, 2(4), 265-272. <https://doi.org/10.1089/bsp.2004.2.265>.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30, 159- 165.
- Galea, S., Merchant, R. M., & Lurie, N. (2020). The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: The need for prevention and early intervention. *JAMA internal medicine*, 180(6), 817-818.
- Gleichgerrecht, E., & Decety, J. (2013). Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout and emotional distress in physicians. *PLoS ONE*, 8(4), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061526>.
- Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., & Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during COVID-19 pandemic. *BMJ*, 368.
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7), 1206.
- Karlida, R., Ünal, S., Yolo lu, S. (2001). The relation between alexithymia and burnout levels of physicians. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(3), 153-160.
- Kisely, S., Warren, N., McMahon, L., Dalais, C., Henry, I., & Siskind, D. (2020). Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ*, 369.
- Ko, C.H., Yen, C.F., Yen, J.Y., & Yang, M.J. (2006). Psycho-social impact among the public of the severe acute respiratory syndrome epidemic in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60 (4), 397–403.
- Krystal, H. (1998). Affect regulation and narcissism: trauma, alexithymia and psychosomatic illness in narcissistic patients. In E. Ronningstam (Ed.) *Disorder of narcissism: diagnostic, clinical and empirical implications*, American Psychiatric Press; pp. 299–326.
- Krystal, H. (1979). Alexithymia and Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 33(1), 17–31. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1979.33.1.17>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., et al. (2020). Factors Associated With Mental Health

- Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw. open* 3, e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>.
- Lau, J. T., Yang, X., Pang, E., Tsui, H. Y., Wong, E., & Wing, Y. K. (2005). Sars-related perceptions in Hong Kong. *Emerging Infectious Diseases*, 11(3), 417-424.
- Lee, S., Chan, L. Y., Chau, A. M., Kwok, K. P., & Kleinman, A. (2005). The experience of SARS-related stigma at Amoy Gardens. *Social science & medicine*, 61(9), 2038-2046.
- Liotti, G., (1994-2005). *La dimensione interpersonale della coscienza*, Seconda edizione. Roma: Carocci editore.
- Liu, X., Kakade, M., Fuller, C. J., Fan, B., Fang, Y., Kong, J., Guan, Z., & Wu, P. (2012). Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Comprehensive Psychiatry*, 53(1), 15–23.
- Mangiapanè, E., & Cortigiani, D. (2011), La correlazione tra *burn-out* e alessitimia negli operatori socio-sanitari. Sezione Reparti Ospedalieri e SPDC Psychomedia.
- Maslach, C., Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced Burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2.
- Özdin, S., & Özdin, Ş. B. (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *Int J Soc Psychiatry*, 66(5): 504–511. Published online 2020 May 8. <https://doi.org/10.1177/0020764020927051>.
- Rafferty, J. P., Lemkau, J.P., Purdy, R. R., Rudisill, J. R. (1986). Validity of the Maslach burnout inventory for family practice physicians. *Journal of Clinical Psychology*, 42(3):488–92. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3711351>.
- Pini, M., Martellucci, P.M., Puleggio, A., Calamari, E. (2006). Burnout symptoms, psychological distrusts and alexithymia characteristics in workers of a Mental Health Unit. *Medicina Psicosomatica*, 51(2), 67-73.
- Rossi, R., Soggi, V., Talevi, D., Mensi, S., Ntoli, C., Pacitti, F., Di Marco, A., Rossi, A., Siracusano, A., Di Lorenzo, G. (2020a). COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental Health Among the General Population in Italy. *Front. Psychiatry*, 11, 790. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00790>.
- Rossi, R., Soggi, V., Pacitti, F., et al. (2020b). Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. *JAMA Netw Open*, 3(5):e2010185. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.10185
- Salfi, F., Lauriola, M., Amicucci, G., Corigliano, D., Viselli, L., Tempesta, D., Ferrara, M. (2020). Gender-related time course of sleep disturbances and psychological symptoms during the COVID-19 lockdown: A longitudinal study on the Italian population. *Neurobiology of Stress*, 13, 100259, ISSN 2352-2895, <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2020.100259>.
- Sifneos, P., (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262, <https://doi.org/10.1159/000286529>.
- Tucci, V., Moukaddam, N., Meadows, J., Shah, S., Galwankar, S. C., and Bobby Kapur, G. (2017). The forgotten plague: Psychiatric manifestations of ebola, zika, and emerging infectious diseases. *J Glob Infect Dis*, 9, 151– 156. https://doi.org/10.4103/jgid.jgid_66_17.
- Wu, P., Fang, Y., Guan, Z. (2009). The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatry*, 54, 302–11.
- Yip, P. S. F., Cheung, Y. T., Chau, P. H., & Law, Y. W. (2010). The impact of epidemic outbreak: the case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 31(2), 86-92.