



## **Relazione finale**

*Bisogni psicologici del personale sanitario e tecnico-amministrativo piemontese nell'emergenza Covid-19*  
*Psychological Needs of Healthcare Staff in Piedmont during the Covid-19 Emergency (PNE – Cov-19)*

### **Ordine degli Psicologi del Piemonte**

Giancarlo Marengo (Presidente)

Georgia Zara (Vice Presidente)

Riccardo Bernardini (Segretario)

Andrea Lazzara (Tesoriere)

### **Servizi di Psicologia**

Dott.ssa Monica Agnesone - ASL Città di Torino

Dott. Alessandro Bonansea - ASL TO 3

Dott.ssa Silvana Faccio - ASL TO 4

Dott.ssa Monica Audisio - ASL TO 5

Dott.ssa Concettina Caristo - ASL AL

Dott. Giancarlo Marengo - ASL AT

Dr.ssa Patrizia Tempia - ASL BI

Dott. Maurizio Arduino e Dott.ssa Donatella Gagliano - ASL CN1

Dott. Daniele Saglietti - ASL CN2

Dott.ssa Lucia Colombo - ASL NO

Dott.ssa Patrizia Colombari - ASL VC

Dr. Antonio Filiberti - ASL VCO

Prof. Giuliano Geminiani e Dott.ssa Antonella Varetto - AOU CITTÀ DELLA SALUTE E  
DELLA SCIENZA DI TORINO

Dott.ssa Daniela Cella - AOU OSPEDALE MAGGIORE DELLA CARITÀ DI NOVARA

Dott.ssa Antonella Laezza - AO OSPEDALE MAURIZIANO

Dott.ssa Rossella Sterpone - AO SS. ANTONIO E BIAGIO E CESARE ARRIGO DI  
ALESSANDRIA

Dr.ssa Maura Anfossi - AO SANTA CROCE E CARLE DI CUNEO

### **In collaborazione con Dipartimento di Psicologia (UniTo)**

Georgia Zara, Lorys Castelli, Michele Settanni, Sara Veggi, Marco Zuffranieri



## Indice

Introduzione

1. Antefatti organizzativi dello studio
2. Background scientifico di riferimento
3. Campione
4. Metodologia: note descrittive
5. Strumenti di rilevazione
6. Risultati
7. Professionisti sanitari in *frontline*
8. Professionisti in *second-line*
9. Personale tecnico-amministrativo
10. Un confronto tra medici in *frontline* versus medici in *second-line*
11. Un confronto tra infermieri in *frontline* versus infermieri in *second-line*
12. Discussione
13. Riferimenti bibliografici

Acknowledgements



## Introduzione

La pandemia da coronavirus SAR-CoV-2 (COVID-19) (WHO, 2020) ha avuto, e continua ad avere, un significativo impatto sulla vita delle persone (Talevi, Soggi, Carai, Carnaghi, Faleri, Trebbi, et al., 2020). Diversi studi internazionali (Lu, Wang, Lin, Li, 2020; Shechter, Diaz, Moise, Anstey, Ye, Aarwal, et al., 2020) hanno focalizzato l'attenzione sulla condizione psicologica dei professionisti coinvolti negli ospedali, nelle terapie intensive, nei reparti Covid e no-Covid, riscontrando quello che è stato unanimemente definito in termini di *emergenza sanitaria*, con tutte le profonde implicazioni psicologiche che è stato possibile osservare attraverso i casi clinici e la ricerca scientifica (De Giorgio, 2020; Shi, Lu, Que, Huang, Liu, Ran, et al., 2020).

Questo report sintetizza i risultati di uno studio che coinvolge, ad oggi, il più ampio campione al mondo di professionisti sanitari. Lo studio è stato condotto coinvolgendo i professionisti sanitari che operano nella Regione Piemonte, una delle più colpite dalla pandemia.

### 1. Antefatti organizzativi dello studio

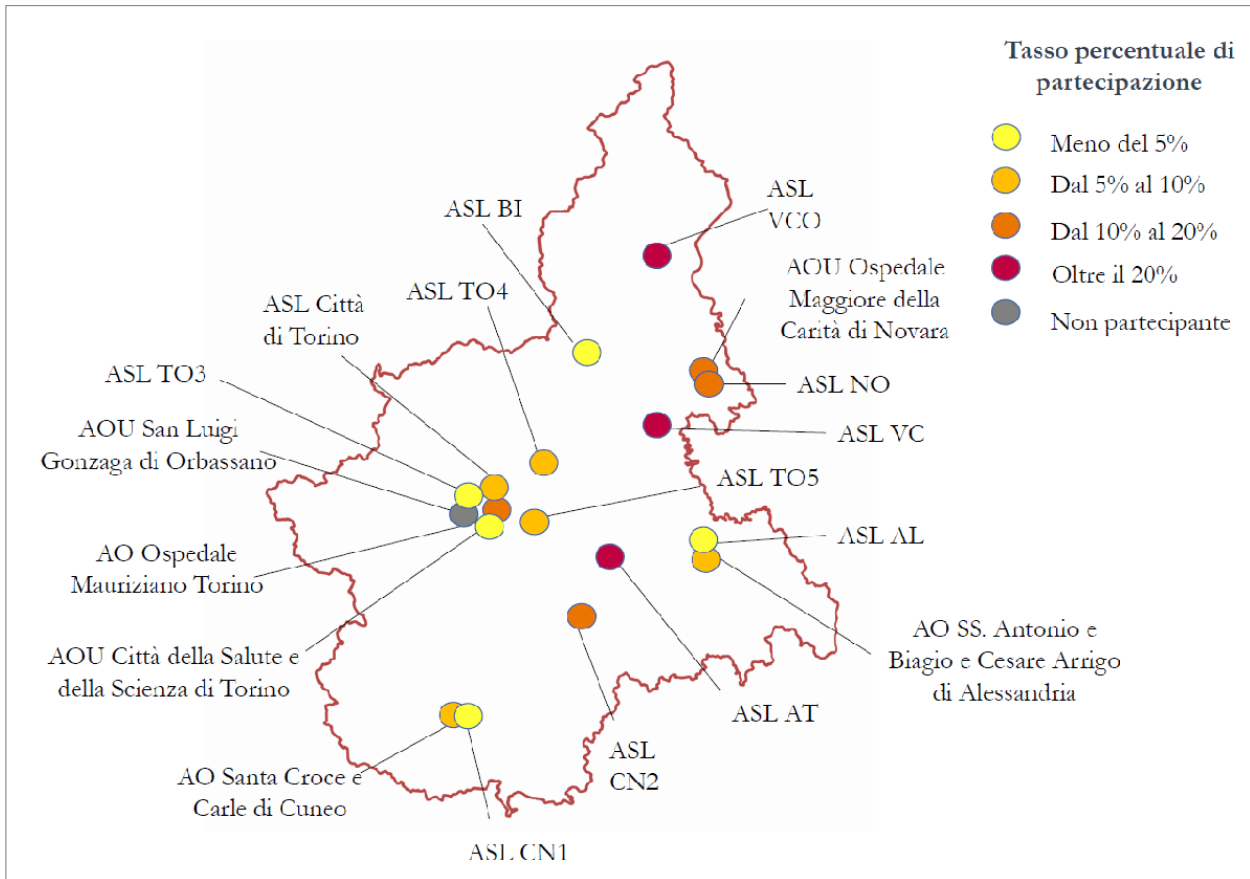
Il Coordinamento Regionale dell'Area Psicologica a supporto dell'allora Unità di Crisi<sup>1</sup> (Referenti: Presidente OPP - Dr. Giancarlo Marengo; Funzionario dell'Assessorato alla Sanità, Dr. Gaetano Manna) ha avuto il mandato<sup>2</sup> di rilevare e monitorare il livello di malessere psicologico ed emotivo del personale sanitario aziendale. L'Unità di Crisi aveva dato indicazione alle Direzioni Sanitarie delle ASL/ASO, con il coordinamento dei Servizi di Psicologia Aziendali, di essere direttamente coinvolte. Nella Regione Piemonte le aziende sanitarie sono 18; la figura 1 riporta la mappatura delle stesse e il loro coinvolgimento nello studio.

---

<sup>1</sup> Coordinamento istituito con prot. n. 19346/A1821 del 17.02.2020.

<sup>2</sup> Mandato attivato con prot. n. 21775/ A1821A del 4.05.2020.

**Fig. 1 – Mappatura delle ASL/AOU piemontesi e tasso percentuale di partecipazione**



Lo studio è stato portato avanti dall'OPP e da un gruppo di ricerca del Dipartimento di Psicologia di UniTo.

## 2. Background scientifico di riferimento

La straordinaria pressione sul sistema sanitario e l'incertezza legata alla mancanza di conoscenze su questo nuovo virus (SARS-CoV-2 - *Sindrome Respiratoria Acuta Grave Coronavirus-2*)<sup>3</sup> mettono chiaramente in luce l'importanza di indagare l'impatto psicologico della pandemia sugli operatori sanitari. Ad oggi la letteratura scientifica si è prevalentemente focalizzata sui sintomi ansiosi, depressivi e da stress post-traumatico.

I primi dati disponibili sulla sintomatologia da stress post-traumatico negli operatori sanitari mostrano una prevalenza di sintomi clinicamente rilevanti in una percentuale compresa tra il 7% e il

<sup>3</sup> La malattia causata dal nuovo Coronavirus è stata denominata "COVID-19" (dove «CO» sta per corona, «VI» per virus, «D» per malattia e «19» indica l'anno in cui si è manifestata. È stata annunciata l'11 febbraio 2020 dal Direttore generale dell'OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus.

35% circa (Benfante, Di Tella, Romeo & Castelli, 2020), aumentando ulteriormente (fino al 71%) se si prende in considerazione anche la sintomatologia di grado lieve (Lai, Ma, Wang, Cai, Hu, Wei, et al., 2020). Simili dati di prevalenza si riscontrano anche per sintomi ansiosi e depressivi (Benfante et al., 2020; Pappa, Ntella, Giannakas, Giannakoulis, Papoutsis, & Katsaounou, 2020). Sembra pertanto importante esplorare i principali risultati sull'impatto psicologico della pandemia su campioni ampi e rappresentativi delle diverse aree geografiche.

In Cina, prima nazione che ha registrato casi di COVID-19, uno studio su 2.285 operatori sanitari ha riscontrato che circa il 46% dei professionisti presentava sintomi ansiosi e circa il 44% depressivi, rispettivamente il 12% e il 13% con sintomatologia di grado moderato/grave. Diversi fattori sociodemografici, caratteristiche legate al lavoro (e.g. essere impegnati in prima linea) e al reperimento di informazioni in merito alla pandemia si associavano a un maggiore rischio di presentare sintomi psicologici (Que, Le Shi, Liu, Zhang, Wu, Gong, et al., 2020). I dati su 2.040 operatori sanitari degli USA hanno messo in luce come la condizione di isolamento si associasse a livelli di depressione più elevati, mentre vivere con conviventi ed adottare precauzioni rispetto al contagio si associasse a maggiori livelli di ansia (Firew, Sano, Lee, Flores, Lang, Salman, et al., 2020). Il primo studio condotto in Australia, su 320 sanitari di un ospedale di Melbourne, ha riscontrato sintomi moderati/gravi di ansia nel 20% dei partecipanti, di depressione nel 21% e da stress post-traumatico nel 29%.

Gli studi europei evidenziano tassi altrettanto elevati. In Spagna su 1.422 operatori sanitari, entrati a contatto con pazienti COVID-19, il 46% ed il 59% dei partecipanti ha evidenziato rispettivamente un possibile/probabile disturbo depressivo e ansioso, cui si aggiungeva un ulteriore 5% e 21% con livelli gravi dei disturbi; il 57% circa riportava sintomatologia da stress post-traumatico (Luceño-Moreno, Talavera-Velasco, García-Albuérne, & Martín-García, 2020). In uno studio norvegese con 1.773 partecipanti, impegnati nell'ambito sanitario e di sostegno nel settore pubblico, il 21% ha riportato sintomi moderati/gravi di depressione, il 20.5% di ansia e il 29% sintomi clinici e subclinici da stress post-traumatico (secondo i parametri della PTSD Checklist [PCL-5] indicati nel DSM-5). Quest'ultimo dato raggiungeva il 36.5% negli operatori che avevano lavorato direttamente con pazienti COVID-19. Un ulteriore aspetto che merita attenzione è che a maggiori livelli di ansia e depressione (come anche in presenza di patologie psichiatriche pregresse), si associassero maggiori sintomi da stress post-traumatico (Johnson, Ebrahimi, & Hoffart, 2020). In Italia nello studio condotto da Rossi e colleghi (2020), su 1.379 operatori sanitari, quasi il 50% dei partecipanti aveva

riportato sintomi da stress post-traumatico, il 25% depressione e il 20% di ansia. A livelli più elevati di sintomi post-traumatici risultavano associate diverse caratteristiche sociodemografiche e lavorative (e.g. età, sesso, professione, aver avuto contatti diretti con pazienti COVID-19, avere avuto colleghi positivi o deceduti per COVID-19, etc.), che confermano i dati degli studi preliminari condotti in Cina (Rossi, Soggi, Pacitti, Di Lorenzo, Di Marco, Siracusano, et al., 2020).

Risulta rilevante tenere in considerazione, nonostante le differenze metodologiche, quanto emerge da uno studio cinese che ha effettuato due rilevazioni dei sintomi psicopatologici: la prima durante le prime settimane di pandemia, la seconda non appena è stato registrato un rilevante calo dei contagi. È stato possibile osservare come i sintomi da stress, ossessivi compulsivi, fobici siano diminuiti (con unica eccezione per i sintomi da somatizzazione), probabilmente grazie ai precoci interventi terapeutici messi a disposizione degli operatori sanitari (Liu et al., 2020).

Quello che si evince dagli studi è che gli operatori sanitari presentano in misura elevata sintomi clinicamente rilevanti (di intensità moderata e grave) di ansia, depressione e da stress post-traumatico, associati a diverse caratteristiche personali e professionali e con un alto rischio di cronicizzazione della sintomatologia in assenza di interventi di sostegno mirati. Su queste premesse scientifiche si basa questo studio condotto in Piemonte.

### 3. Campione

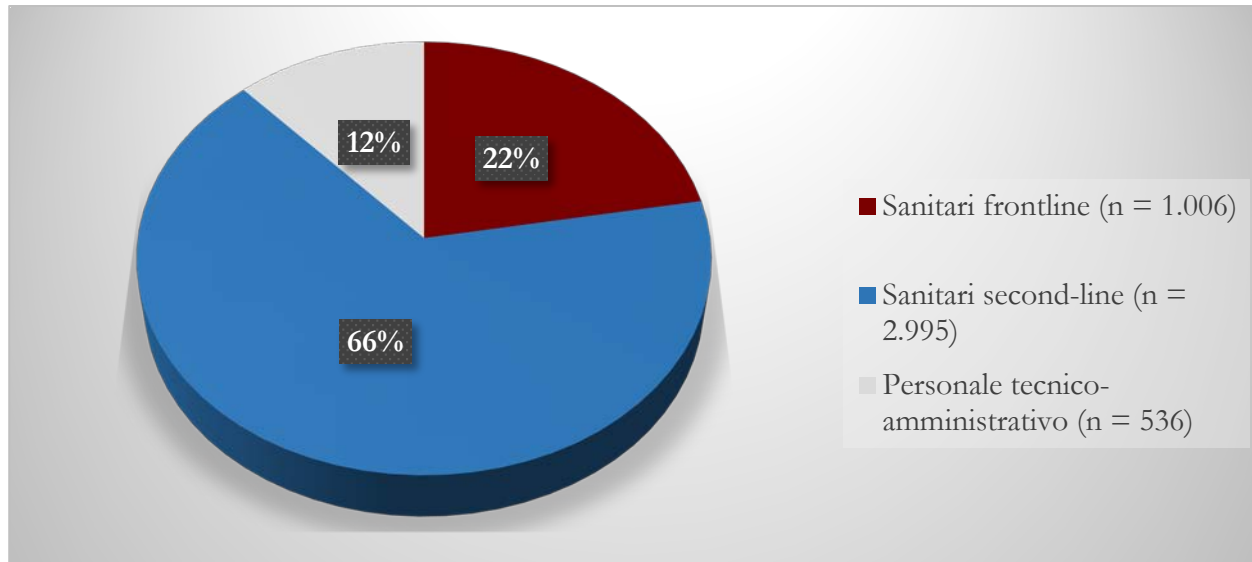
Il campione, composto da 4.550 professionisti sanitari di cui il 78% ( $n = 3.540$ ) donne e il 22% ( $n = 1.007$ ) uomini, con un'età media di 49 anni (St.D. = 9.9) è stato organizzato considerando una prima suddivisione tra professionisti dell'area sanitaria e dell'area amministrativa<sup>4</sup>. 4.001 partecipanti erano professionisti sanitari (e.g. medici, infermieri, psicologi, tecnici sanitari, etc.) e 536 erano professionisti non sanitari dell'area amministrativa (e.g. dirigenti, impiegati amministrativi, etc.).

Procedendo ad un'ulteriore disaggregazione del gruppo del personale sanitario è emerso che 1.006 erano i professionisti sanitari coinvolti in *frontline* (ovvero in prima-linea e quindi con pazienti Covid-19, nei reparti Covid, in rianimazione, nei reparti intensivi e subintensivi). 2.995 erano i professionisti sanitari in *second-line* (cf. Grafico 1).

---

<sup>4</sup> Il campione è stato suddiviso per profilo professionale operando una normalizzazione delle diverse formulazioni di ruolo presenti nelle risposte raccolte. Successivamente si è operato creando due macro-aree: (1) Area Sanitaria per direttori e dirigenti di strutture sanitarie dell'area ospedaliera e del territorio e per il personale di ruolo sanitario; (2) Area Dirigenziale e Tecnico-amministrativa per la direzione strategica, per i direttori e dirigenti di strutture tecnico-amministrative e per il personale con ruolo amministrativo e ruolo tecnico non sanitario.

**Grafico 1 – Descrizione campione**



#### 4. Metodologia: note descrittive

In questo lavoro verranno presentati i risultati relativi a tutto il campione per poi arrivare ad una presentazione dei risultati che vedono coinvolti i professionisti in *frontline*, quelli in seconda linea e poi il personale tecnico-amministrativo, al fine di poter evidenziare similarità e differenze rispetto alla tipologia di bisogni in relazione ai diversi setting professionali in cui si operava.

#### 5. Strumenti di rilevazione

Gli strumenti utilizzati nello studio sono validati dalla comunità scientifica internazionale (Beck, Steer, & Brown, 1996; Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979; Marmar, Metzler, & Otte, 2004; Marmar, Weiss, Metzler, & Delucchi, 1996; Spitzer, Kroenke, Williams, & Lowe, 2006; Weiss & Marmar, 1997) e nazionale (Marmar, Weiss, Metzler, & Delucchi, 1996; Pietrantonio, De Gennaro, Di Paolo, & Solano, 2003) e sono indicati nella tabella 1.

L'intera batteria impiegata consiste in 60 *item* che esplorano aspetti relativi allo stato psicologico e alla condizione di vita dei partecipanti, permettendo di rilevare il livello di condizione psicologica valutato dal professionista e il suo vissuto rispetto all'evento personalmente identificato come psicologicamente pervasivo e particolarmente rilevante.

**Tabella 1 – Strumenti utilizzati**

Strumenti	Autori	T0*	Focus e tipologia di item
Azienda di appartenenza	-	√	Indicazione azienda
Dati socio-demografici	-	√	Informazioni relative al genere, all'età, al ruolo professionale
General Anxiety Disorder-7 (GAD-7)	Spitzer et al., 2006	√	Nelle ultime 2 settimane, con quale frequenza le ha dato fastidio ciascuno dei seguenti problemi? Esempio: <b>Avere paura che possa succedere qualcosa di terribile.</b>
Impact of Event Scale-Revised (IES-R)	Weiss & Marmar, 1996	√	Legga per favore ogni frase sottostante ed indichi nella tabella sottostante quanto l'ha coinvolta ognuna delle difficoltà in questione <i>relativamente agli ultimi sette giorni</i> . Esempio: <b>Ho avuto la sensazione che non fosse successo o non fosse reale.</b>
Beck Depression Inventory-II (BDI-II)	Beck et al., 1996	√	Per ogni gruppo scelga quella che meglio descrive come lei si è sentito/a nelle <i>ultime due settimane (incluso oggi)</i> . <b>14. Senso di inutilità</b> <b>① Non mi sento inutile.</b> <b>② Mi sento valido/a e utile come un tempo.</b> <b>③ Mi sento più inutile delle altre persone.</b> <b>④ Mi sento completamente inutile.</b>
Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ)	Marmar et al., 1996	√	Breve descrizione dell'episodio ad alto carico emotivo che sta vivendo ... Esempio: <b>Mi sono sentito come se le cose che realmente stavano accadendo agli altri invece accadessero a me – come se mi si stesse mettendo in trappola quando in realtà non era vero.</b>

*Nota:* \*Nella pianificazione dello studio era previsto anche un *follow-up* sul personale sanitario che alla luce della nuova curva epidemiologica sembrerebbe ancora di più necessario oltre che doveroso alla luce di eventuali correttivi da mettere in atto per potenziare la rete di sostegno psicologico già attiva e funzionante nelle diverse Aziende.



Per ogni strumento sono stati calcolati i punteggi individuali e di seguito le corrispondenti categorie, secondo le indicazioni presenti in letteratura (Beck, Steer, & Brown, 1996; Marmar, Weiss, Metzler, & Delucchi, 1996; Spitzer, Kroenke, Williams, Löwe, 2006; Weiss & Marmar, 1997). Gli strumenti di screening utilizzati presentano tutti un valore di *cut-off* che permette di discriminare le persone che non presentano la sintomatologia da quelle che presentano sintomi clinicamente rilevanti, a loro volta distinguibili in lievi, moderati o severi. Sono state considerate per ogni disturbo due macrocategorie: (1) assenza di sintomi o presenza di sintomi lievi; (2) sintomi moderati o gravi.

Nel presente studio, in linea con la letteratura internazionale (Clark, Cuthbert, Lewis-Fernández, Narrow, & Reed, 2017), si è deciso di adottare un approccio conservativo, considerando come clinicamente rilevanti *stricto sensu* solamente coloro che hanno riportato sintomi di grado moderato e grave. È stata inoltre costruita un'ulteriore variabile per distinguere gli individui che presentavano una sintomatologia moderata o grave per almeno 1 disturbo clinicamente rilevante tra quelli valutati (e.g. sintomi depressivi, ansiosi o PTSD) dagli altri.

La compilazione dello strumento di rilevazione richiedeva al massimo 15 minuti per il suo completamento. I dati sono stati raccolti con una procedura online che garantiva assoluta confidenzialità e anonimato. La finestra temporale per la raccolta dei dati era di 1 mese (15 maggio – 21 giugno 2020): la scelta di avviare la rilevazione in questo periodo è dipesa non solo da ragioni organizzative, ma anche dalla necessità di raccogliere informazioni sulla condizione emotiva e psicologica dopo essere stati coinvolti dalla pandemia per almeno due mesi.

Il progetto è stato approvato dal Comitato Bioetico dell'Ateneo di Torino (Prot. n. 181445 del 11.05.2020).

## 6. Risultati

Dopo una breve descrizione dei risultati rilevati sul campione generale, le analisi sono state eseguite inizialmente distinguendo tra sanitari e non sanitari, e successivamente andando ad esplorare le sottocategorie dei sanitari confrontando: (a) tra sanitari in *frontline* e in *second-line*; (b) tra medici e infermieri.

Il 44.7% dell'intero campione di professionisti sanitari ( $n = 4.550$ ) manifestava almeno una sintomatologia clinicamente rilevante moderata o grave indicativa di un probabile disturbo. Andando a disaggregare il dato è stato riscontrato che nel 17% dei casi si trattava di sintomatologia clinicamente rilevante riconducibile a sintomi di natura depressiva, nel 33.7% di ansia, nel 36.8% di sintomi post-

traumatici da stress, e nel 40% di sintomi dissociativi. Interessante notare che i professionisti con un'età più matura (dai 57 anni in su) riportavano meno frequentemente la presenza di almeno un disturbo clinicamente rilevante ( $n = 481$ ; 40.8%) rispetto ai professionisti più giovani (sotto i 57 anni) ( $n = 1.550$ ; 46.0%) ( $\chi^2 = 9.397$ ,  $df 1$ ,  $p = .002$ ). In altre parole, l'età più avanzata, letta in termini di una più probabile maggiore esperienza professionale, sembrava costituire un fattore di protezione rispetto al manifestare almeno un sintomo psicologico moderato o grave (OR: .81; CI 95% = .71-.93)<sup>5</sup>.

Le professioniste donne ( $n = 1.676$ ; 47.4%) riportavano più frequentemente la presenza di almeno una sintomatologia moderata o grave, indicativa di un probabile disturbo, rispetto ai colleghi uomini ( $n = 355$ ; 35.3%) ( $\chi^2 = 45.985$ ,  $df 1$ ,  $p = .0001$ ). In altre parole, l'essere maschio costituiva un fattore protettivo rispetto al manifestare almeno un sintomo psicologico moderato o grave (OR: .61; CI 95% = .52-.70).

Un risultato che merita attenzione è che, in generale, il 22.2% dell'intero campione aveva dichiarato di aver bisogno di sostegno psicologico. Dato interessante e significativo se si considera che, in genere, tra la popolazione generale la ricerca di un sostegno e l'esplicito bisogno di aiuto è molto circoscritta. In uno studio condotto in Gran Bretagna si indica che una persona ogni sei riporta una problematica mentale (McManus, Bebbington, Jenkins, & Brugha, 2016) e che dal 2000 questo trend sta aumentando per quanto riguarda le donne anche se rimane stabile negli uomini. Lo studio inoltre evidenzia che circa il 13.1% tra quanti riportavano un disturbo psicologico rilevante iniziava un trattamento, anche se questa percentuale si riduceva al 3% quando si trattava di iniziare un trattamento psicologico diverso da quello prettamente farmacologico (Lubian, Weich, Stansfeld, Bebbington, Brugha, Spiers, et al., 2016). Per quanto riguarda l'Italia, secondo dati Istat pubblicati nel 2018, tra la popolazione adulta con un disturbo depressivo o di ansia cronica grave, pur essendo aumentato il ricorso alle cure, coloro che si sono rivolti ad uno psichiatra o psicologo nei 12 mesi precedenti sono solo il 15%.

Nello specifico, in questo studio, i professionisti più giovani ( $n = 843$ ; 25.0%) erano più inclini a manifestare il proprio bisogno di sostegno psicologico rispetto ai professionisti più maturi ( $n = 165$ ; 14.0%) ( $\chi^2 = 60.949$ ,  $df 1$ ,  $p = .0001$ ). L'essere professionisti più giovani sembrava costituire un fattore

---

<sup>5</sup> Altre ipotesi, come la distribuzione dei turni di lavoro, la copertura dei turni di guardia notturni a maggior carico di alcuni professionisti piuttosto che di altri, potrebbero aver influito sui risultati. Tuttavia non avendo dati specifici su questo aspetto non si è in grado di stabilirne l'incidenza.

che aumentava la probabilità di esprimersi affermativamente rispetto al bisogno di sostegno psicologico (OR: .49; CI 95% = .41-.59).

Sulla stessa falsariga si pone anche la variabile genere. Le professioniste donne ( $n = 821$ ; 23.2%) erano più propense rispetto alla controparte maschile ( $n = 187$ ; 18.6%) ad esprimere il bisogno di un sostegno psicologico ( $\chi^2 = 9.466$ ,  $df 1$ ,  $p. = .002$ ). È come se l'essere donna costituisse un fattore impattante sull'apertura a rendere esplicito il proprio bisogno di sostegno psicologico (OR: .76; CI 95% = .63-.90).

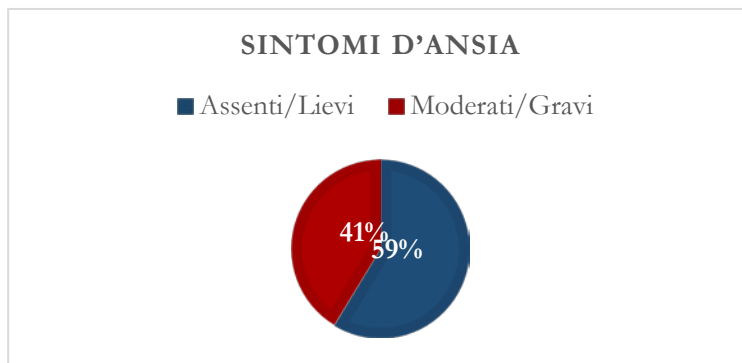
La mappatura dei sintomi riscontrati in tutti i professionisti sanitari coinvolti nello studio ha suggerito l'importanza di un'analisi differenziata in base alle diverse categorie professionali coinvolte in *frontline* e *second-line*.

#### **7. Professionisti sanitari in *frontline***

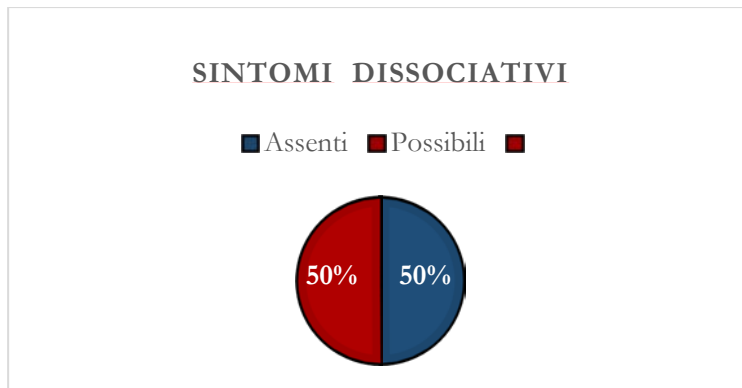
Considerando l'importanza di capire l'impatto psicologico dell'emergenza su chi lavorava in *frontline* ( $n = 1.006$ ), in linea con quanto evidenziato finora, non era inaspettato rilevare come, ad un primo livello di screening, tra il personale sanitario in *frontline* emergesse una sintomatologia clinicamente rilevante (moderata-grave) per quanto riguarda sintomi ansiosi (41%), sintomi da stress post-traumatico (45%) e sintomi dissociativi (50%). Il grafico 2 riporta, differenziando per sintomi, questa mappatura. Per quanto riguarda i sintomi depressivi, questi si concentrano in un 19% di casi e tale risultato può essere legato al fatto che la condizione emergenziale in cui il personale sanitario era, ed è coinvolto, pressasse maggiormente all'azione (*targeted-oriented*) scoraggiando ogni forma di "ritiro psicologico" anche quando necessario. Quest'ultimo punto verrà ripreso nella parte dedicata alla discussione dei risultati.

## Grafico 2 – Mappatura sintomatologica

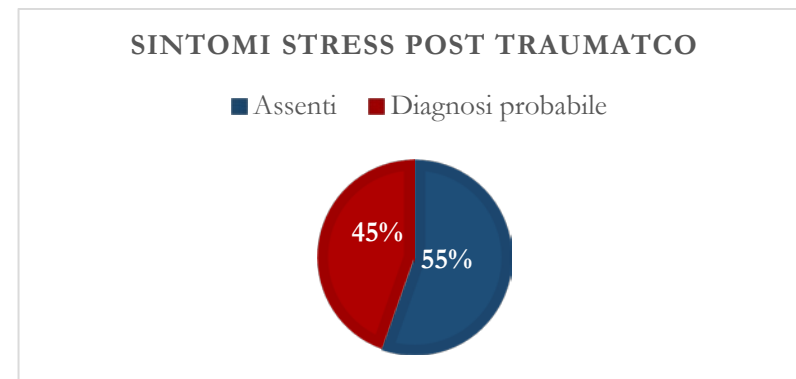
### Sintomi ansiosi



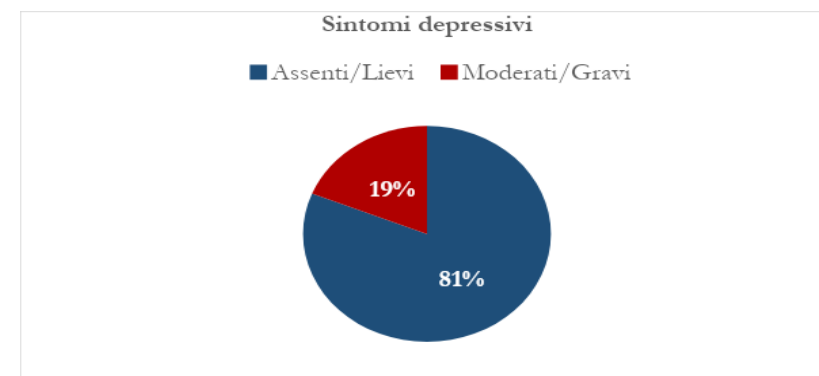
### Sintomi dissociativi



### Sintomi da stress post-traumatico



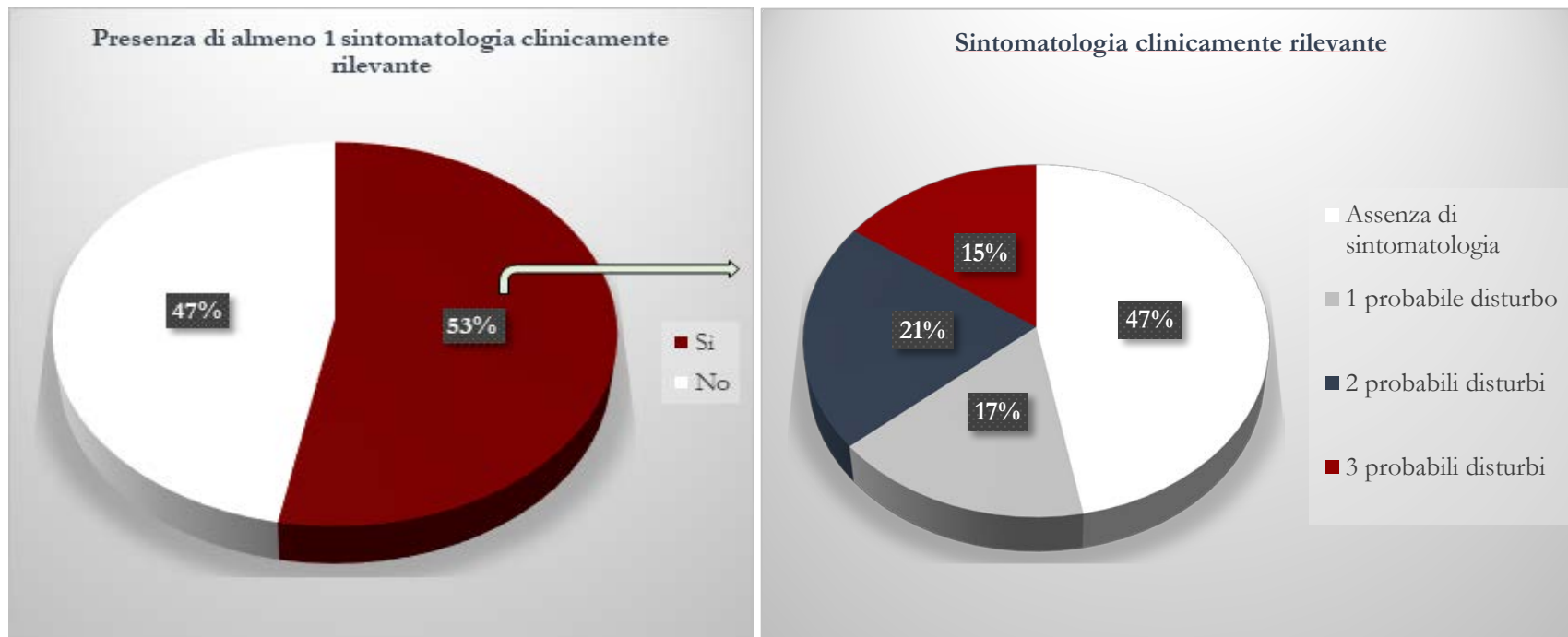
### Sintomi depressivi



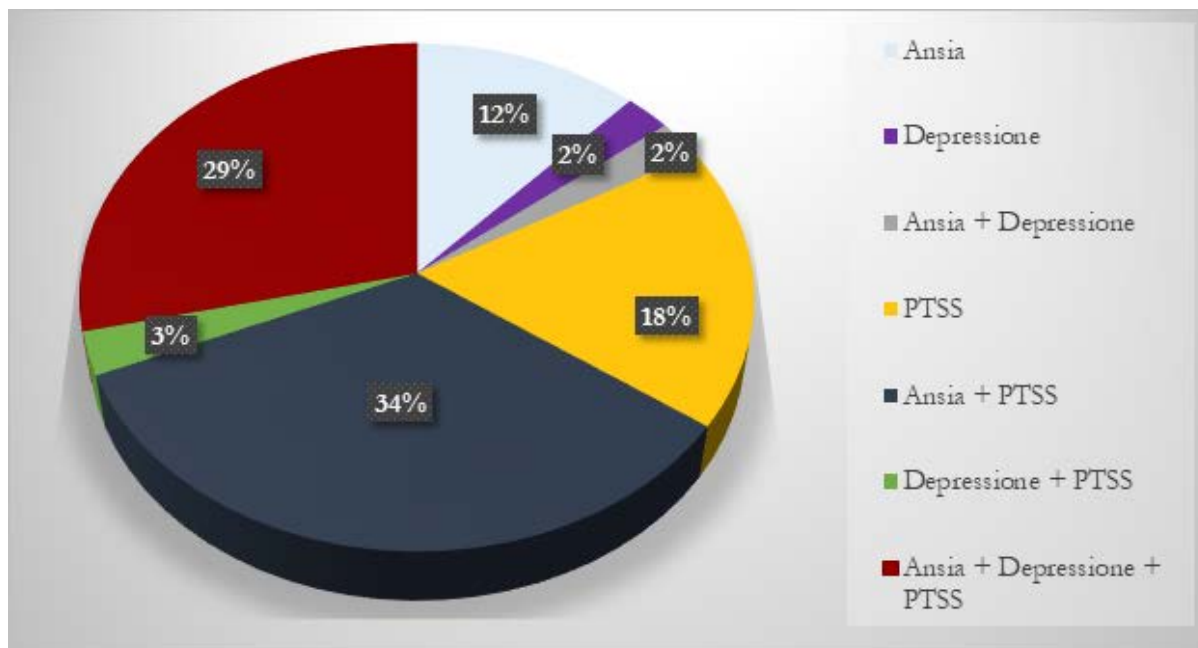


I risultati suggeriscono che oltre la metà dei professionisti sanitari in *frontline* (53%) avesse una sintomatologia clinicamente rilevante (di tipo moderato-grave) in riferimento ad almeno una tra tutte le condizioni psicopatologiche valutate (e.g. ansia, depressione, sintomi post-traumatici da stress). Il grafico 3 mette in evidenza la sintomatologia riscontrata nel personale sanitario in *frontline* e il grafico 4 raffigura graficamente la distribuzione della sintomatologia per tipologia di probabile disturbo.

Grafico 3 – Sintomatologia clinicamente rilevante del personale sanitario in *frontline*

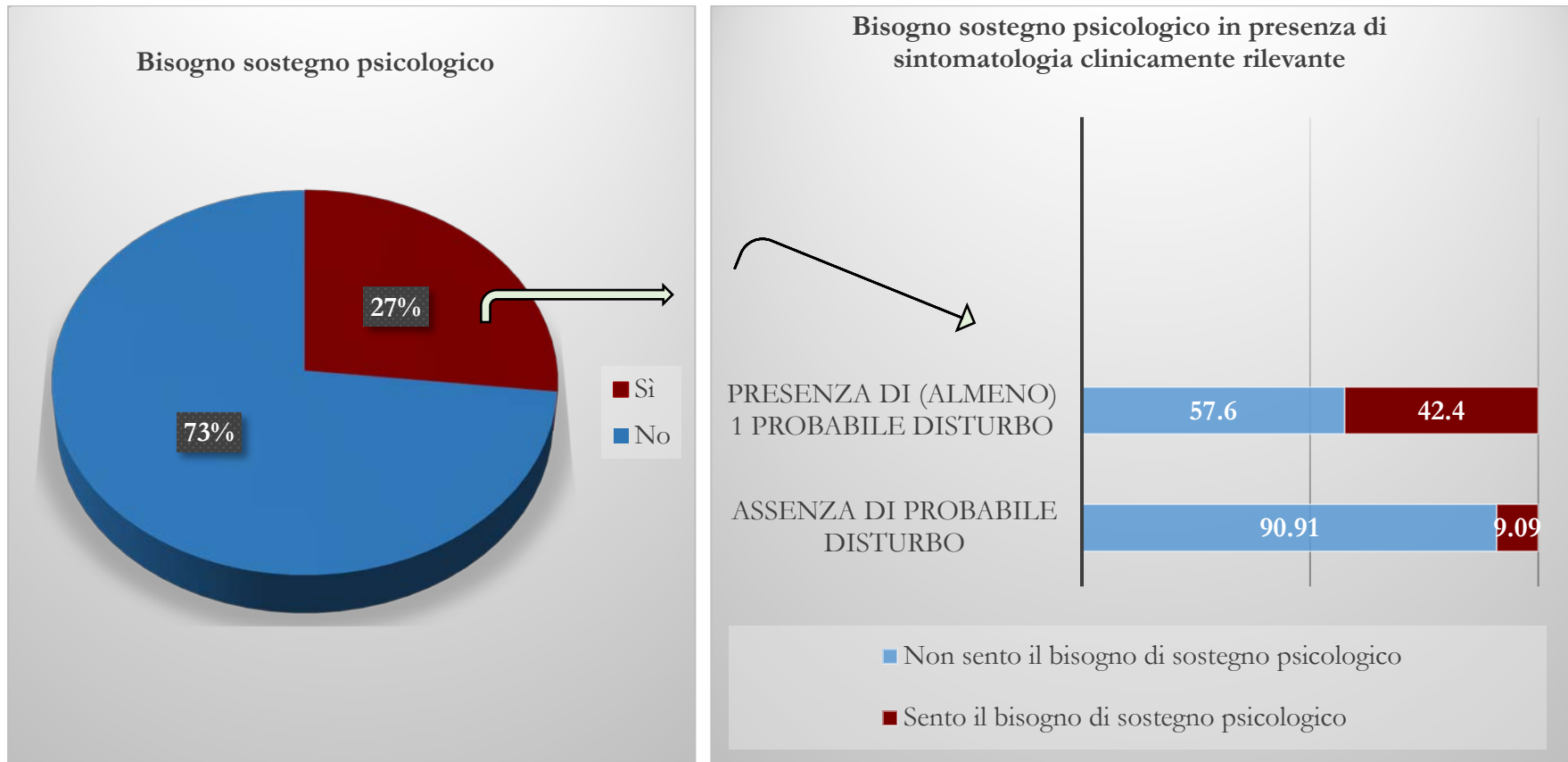


**Grafico 4 - Distribuzione per tipologia di probabile disturbo clinicamente rilevante tra il personale in *frontline***



Da questi primi risultati sembra emergere una riflessione interessante in riferimento al bisogno di sostegno psicologico nel personale sanitario in *frontline*. Il bisogno di sostegno psicologico è stato dichiarato nel 27% dei professionisti sanitari in *frontline*. In altre parole, 1 sanitario in *frontline* su 4 ha dichiarato di avere bisogno di sostegno psicologico. Tra questi quasi la metà aveva almeno un probabile disturbo clinicamente rilevante, così come emerge nel grafico 5, mentre il resto del campione non riportava un disturbo clinicamente rilevante. Quello che emerge come significativo è che in assenza di sintomatologia clinicamente rilevante, solo il 9% dei professionisti in *frontline* sentiva il bisogno di sostegno psicologico a fronte del 42% di coloro che, in presenza di sintomatologia, sentiva e dichiarava questo bisogno.

Grafico 5 – Bisogno di sostegno psicologico in presenza di sintomatologia rilevante





Sembra essere di particolare importanza riuscire a dare un senso al 57.6% dei sanitari che, come si vede dal grafico 5, in presenza di sintomatologia clinicamente rilevante, dichiara di non sentire il bisogno di un sostegno psicologico.

L'interpretazione di questi risultati dipende dalla prospettiva che si intende utilizzare. Se la prospettiva adottata parte da coloro che dichiarano di sentire un bisogno di sostegno psicologico, tra chi aveva almeno un disturbo clinicamente rilevante, allora quello che risulta essenziale sostenere è che quasi 1 professionista su 2 esprimeva un forte segnale di difficoltà. Se invece la prospettiva è partire da coloro che pur in presenza di problematiche quali ansia, stress post-traumatico, depressione o di una combinazione di queste condizioni, non percepiva il bisogno di un sostegno psicologico, si possono avanzare diverse ipotesi che qui brevemente vengono illustrate.

- La ricerca evidenzia come in presenza di una condizione di allerta e di alta attivazione (*hyper-arousal*) la risposta più frequente è la focalizzazione sul compito (*targeted oriented*) e la gestione della condizione emergenziale, indipendentemente dalla consapevolezza dei bisogni di riposo e di recupero, che pur sentiti come presenti vengono posti in *standby* (Mattlin, 1990).

- Diversi studi (Moutier, 2018; Stanton & Randal, 2011) mettono in evidenza come il personale sanitario non sia sempre pronto a chiedere aiuto quando questo è un aiuto rivolto a se stessi. Le ragioni possono essere diversificate. In genere gli studi suggeriscono come questi risultati siano legati al ruolo professionale e alle aspettative sociali che si hanno nei confronti del personale sanitario, come se l'essere un medico o un infermiere sia in antitesi rispetto alla necessità di ricevere un sostegno psicologico che potrebbe venire interpretato in termini di demerito, senza essere invece letto alla luce della situazione che si sta vivendo. È possibile che, soprattutto nel caso dell'emergenza COVID-19, l'esprimere un bisogno di sostegno sia visto come inappropriato, quasi un'ammissione di una propria incapacità o incompetenza, pertanto da non riconoscere o comunque non condividere. Questi risultati sono in linea con altri studi internazionali (Cohen, Winstanley, & Greene, 2016; Mehta & Edwards, 2018) ed evidenziano in modo significativo la necessità di prendersi carico oggi dei bisogni psicologici del personale sanitario, al fine di ridurre il rischio di un loro peggioramento in chiave francamente psicopatologica e nel tempo compromettere la salute psicofisica, con i costi umani, sociali ed economici che ne conseguirebbero.

- Non sentire un bisogno di sostegno psicologico o non dichiararlo potrebbe essere collegato alla messa in atto di meccanismi di evitamento e minimizzazione, indicativi di possibili processi dissociativi (Oathes & Ray, 2008). Aspetti legati alla vergogna e all'evitamento dello stigma sembrano essere risposte di protezione dell'immagine del Sé professionale. Non è da trascurare il fatto che nell'immaginario collettivo i professionisti sanitari, spesso fatti coincidere solo con medici e infermieri (El-Awaisi, O'Carroll, Koraysh, Koummich, & Huber, 2020), siano percepiti come professionisti che hanno un ruolo

importante nel rapporto con il paziente in quanto mettono a rischio la propria vita (Cook, Kursumovic, & Lennane, 2020). Queste aspettative sociali sembrerebbero, pertanto, lasciare pochi gradi di libertà a questi professionisti per far vedere la completezza della loro identità professionale che è infatti, anche, caratterizzata da bisogni connessi al riposo, dalla pressione dettata dal senso di responsabilità, dalle difficoltà legate alle scelte circa l'intervento terapeutico da attuare, dalle difficoltà di agire in condizioni di incertezza e con carenza di risorse (Han, Klein, & Arora, 2011). Questi sono aspetti che meritano ulteriore approfondimento scientifico anche alla luce del fatto che sembrano essere trasversali a tutti i contesti sanitari (e.g. reparti no-Covid) e con i diversi professionisti (e.g. *second-line*) coinvolti in questo studio così come brevemente riportato nelle pagine seguenti.

▪ Ultimo, ma non meno importante, aspetto da considerare per capire l'assenza di bisogno di sostegno psicologico, pur in presenza di disturbo, è legato al fatto che molti di questi professionisti potrebbero avere le risorse interne e un ampio bacino di resilienza in grado di offrire loro gli strumenti per affrontare la condizione emergenziale in assenza di un ulteriore sostegno psicologico. Aspetto questo interessante a cui verrà dedicato uno specifico approfondimento nel lavoro di *follow-up* previsto per questo studio.

#### 8. Professionisti in *second-line*

Tra i sanitari in *second-line* erano ricompresi 2.995 professionisti che costituivano il 66% del campione. Nel 42.2% dei casi era presente almeno un tipo di sintomatologia clinicamente rilevante, riconducibile nel 16.2% dei casi a sintomi moderati o gravi di natura depressiva, nel 31.5% ad ansia, nel 34.6% a sintomi post-traumatici da stress, e nel 37.4% a sintomi dissociativi.

Il bisogno di ricevere sostegno psicologico veniva percepito dal 21.5% dei sanitari in *second-line*.

Il 60.2% di coloro che manifestavano almeno un disturbo moderato o grave sentiva di non avere bisogno di sostegno psicologico, contrariamente al 39.8% che, a parità di almeno un disturbo moderato o grave, ne sentiva il bisogno.

#### 9. Personale tecnico-amministrativo

Il personale tecnico-amministrativo costituiva l'11.8% ( $n = 536$ ) del campione e tra questi il 17.5% riportava sintomi depressivi moderati o gravi, il 32.3% ansia, il 34.3% sintomi post-traumatici da stress e il 35.6% sintomi dissociativi. Nel 43.5% era riscontrabile almeno un disturbo, ma solo il 17.7% sosteneva il bisogno di ricevere sostegno psicologico. In particolare, anche tra il personale tecnico-amministrativo, il bisogno di sostegno psicologico era percepito nel 31.8% di coloro con almeno un disturbo moderato o grave, laddove il 68.2%, pur in presenza di almeno un disturbo di livello moderato o grave, non sentiva tale bisogno.

## 10. Un confronto tra medici in *frontline* versus medici in *second-line*

Confrontando i medici in *frontline* con i medici in *second-line*, emerge come tra i primi vi fosse la presenza di una sintomatologia depressiva nel 17.9% dei casi, a fronte di una percentuale del 12.8% tra i medici in *second-line*. Una sintomatologia ansiosa tra coloro in *frontline* era presente nel 38.1% dei casi, percentuale che scendeva al 28.0% tra i medici in *second-line*. Tra coloro operativi in *frontline*, i sintomi post-traumatici da stress erano riscontrabili nel 37.7% dei casi, a fronte di un 25.9% tra i medici in *second-line*. Analogamente, si osserva una prevalenza di sintomi dissociativi tra i medici in *frontline* (43.7%) rispetto ai medici in *second-line* (30.0%). Tra i primi, il 46.8% manifestava almeno un disturbo moderato o grave, mentre tra i secondi questo era presente nel 36.1%. Il bisogno di sostegno psicologico veniva espresso dal 27.4% dei medici in *frontline* e dal 18.8% dei medici in *second-line*.

Quando confrontati in base al bisogno di ricevere sostegno psicologico, tra i medici in *frontline* che avevano almeno un disturbo di livello moderato o grave, il 54.2% sosteneva di non sentirne la necessità, a fronte del 45.8% che ne riconosceva il bisogno. Parimenti, in *second-line* i medici che, avendo almeno un probabile disturbo, non sentivano il bisogno di sostegno psicologico costituivano il 62.6% del campione, a fronte del 37.5% che esprimeva invece il bisogno di sostegno psicologico.

L'analisi comparativa fatta tra medici in *frontline* e *second-line* suggerisce che i primi ( $n = 118$ ; 46.8%) riportavano più frequentemente la presenza di almeno una sintomatologia moderata o grave rispetto ai medici in *second-line* ( $n = 259$ ; 36.1%) ( $\chi^2 = 8.541$ ,  $df 1$ ,  $p = .003$ ). In altre parole, l'essere in *frontline* costituiva un fattore di rischio rispetto alla possibilità di manifestare almeno 1 probabile disturbo di grado moderato o grave (OR: .64; CI 95% = .48-.86). Inoltre, i medici in *frontline* ( $n = 69$ ; 24.4%) sentivano maggiormente il bisogno di un sostegno psicologico rispetto ai medici in *second-line* ( $n = 135$ ; 18.8%) ( $\chi^2 = 7.700$ ,  $df 1$ ,  $p = .006$ ). Quest'ultimo risultato suggerisce che l'essere un medico in *frontline* facilitava il riconoscimento di questo bisogno psicologico (OR: .62; CI 95% = .44-.86).

## 11. Un confronto tra infermieri in *frontline* versus infermieri in *second-line*

Il confronto tra infermieri in *frontline* e in *second-line* evidenzia risultati simili a quelli riportati finora, a dimostrazione del fatto che al di là del contesto operativo, l'emergenza COVID-19 era, ed è, pervasiva e totalizzante a tutti i livelli (Shreffler, Petrey, & Huecker, 2020), avendo un impatto psicologico pressoché simile in tutte le categorie professionali sanitarie.

Tra gli infermieri, la presenza di sintomi depressivi era rilevata nel 19.6% dei casi tra chi era operativo in *frontline* e nel 22.5% tra coloro in *second-line*. Rispettivamente, erano altresì presenti nel 43.4% vs. 38.9% dei casi sintomi ansiosi, nel 48.2% vs. 44.7% sintomi riconducibili a stress post-traumatico, nel 52.9% vs. 44.9% sintomi di natura dissociativa. La presenza di almeno 1 disturbo moderato o grave è stata individuata nel 56.4% degli infermieri in *frontline* e nel 52.5% degli infermieri in *second-line*. Tra coloro in

*frontline*, il 29.1% sentiva di aver bisogno di sostegno psicologico, così come il 27.3% degli infermieri in *second-line*. In presenza di almeno un sintomo moderato o grave, tra gli infermieri in *frontline* il bisogno di sostegno psicologico era sentito dal 44.2%, mentre non lo era dal 55.8%. In *second-line*, tale bisogno era espresso dal 42.3% degli infermieri aventi almeno una sintomatologia clinicamente rilevante, in confronto al 57.7% degli infermieri che, pur avendola, non avvertivano di necessitare di sostegno psicologico. Dall'analisi comparativa tra infermieri in *frontline* e in *second-line* non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la presenza di almeno 1 probabile disturbo moderato o grave e il bisogno di sostegno psicologico. Questo risultato sembra suggerire che l'emergenza COVID-19 ha influito su di loro in modo simile indipendentemente dal contesto professionale in cui operavano. Ulteriori analisi saranno certamente necessarie per approfondire questo risultato.

## 12. Discussione

In una crisi pervasiva come quella attuale, ogni Paese è alle prese con la complessità di individuare un equilibrio tra il rilancio della vita economica e sociale e gli imperativi sanitari, e nessuno di noi può essere un osservatore completamente neutrale. Il personale medico e sanitario rappresenta una porzione significativa dei contagiati da coronavirus (Chou, Dana, Buckley, Selph, Fu, & Totten, 2020). A queste difficoltà, si aggiunge il peso emotivo di dover spesso intervenire in condizioni sanitarie organizzative difficili, su pazienti dal quadro clinico già compromesso all'ingresso, con i quali viene a mancare una storia e una narrazione più personale. Le reazioni individuali possono essere diverse, ma non necessariamente rendono meno rilevante conoscere i vissuti sottostanti, che vanno indagati e meritano un ascolto. Questo è necessario a più livelli e deve essere sempre garantito. È a partire da questi aspetti che i risultati degli studi sull'emergenza COVID-19 richiamano l'attenzione sugli effetti psicologici ed emotivi della pandemia; effetti che non potranno essere presi in considerazione solo in un futuro più o meno prossimo, aspettando che la pandemia sia stata debellata o comunque indebolita. Aspettare significherebbe la certezza di essere arrivati comunque in ritardo e questo alla luce di quanto la ricerca scientifica suggerisce.

I risultati di questo studio evidenziano l'importanza di dare azione a quanto dichiarato dai professionisti sanitari piemontesi. Nello specifico, i risultati suggeriscono come quasi la metà (44.7%) dei 4.550 professionisti sanitari abbia riportato, ad un primo livello di screening, una sintomatologia clinicamente rilevante moderata o grave che riguardava prevalentemente sintomi di natura ansiosa, sintomi post-traumatici da stress o sintomi dissociativi, e meritevole di un'ulteriore attenzione valutativa. Il 22.2% del personale sanitario, coinvolto nello studio, esprimeva esplicitamente la necessità di un sostegno psicologico e questo era più frequente tra i professionisti più giovani e tra le donne.

Focalizzandoci sinteticamente sulla realtà sanitaria in *frontline*, si evidenzia come oltre la metà (53%) dei professionisti manifestasse almeno un sintomo clinicamente rilevante e come un professionista sanitario in *frontline* su quattro avesse dichiarato di aver bisogno di un sostegno psicologico. Tra i professionisti in *second-line*, quasi la metà (42.2%) manifestava un sintomo clinicamente rilevante di grado moderato o grave, e il 21.5% esprimeva il bisogno di sostegno psicologico.

Interessante evidenziare che la mappatura sintomatologica presente, in modo clinicamente rilevante, sembra essere trasversale a tutti i professionisti sanitari, sia in coloro che lavorano in *frontline* sia in coloro coinvolti in *second-line*, sia tra medici che infermieri e altro personale, a conferma del fatto che tutta la sanità piemontese è stata direttamente influenzata da questa condizione emergenziale e che in tutti i settori sanitari il peso e la responsabilità di intervenire per proteggere e curare, e per prevenire ogni forma di peggioramento dei pazienti è stata sentita come una priorità, spingendo ogni professionista, in qualunque sede e struttura, a dare il proprio competente contributo per contenere il rischio. In sintesi, nell'emergenza COVID-19, lavorare in *second-line* espone al rischio di sintomatologia psicologica clinicamente rilevante, quasi quanto il lavorare in *frontline*, anche se chi lavora in *frontline* sembra essere maggiormente colpito. Un dato interessante emerge con il personale infermieristico dove non emergono differenze statisticamente significative tra chi lavora in *frontline* e in *second-line* e ulteriori studi sono necessari per esplorare meglio questo aspetto.

Si tratta di risultati, questi, che non possono e non devono essere ignorati. Sarà, infatti, interessante esplorare, nel lavoro di *follow-up*, la situazione sanitaria e i bisogni psicologici dei professionisti, allo stato attuale, a distanza di tempo dalla prima emergenza. Non è inaspettato notare che i risultati di questo studio sono in linea con quanto riportato in Paesi geograficamente non distanti dall'Italia. Per esempio, uno studio tedesco ha riscontrato la presenza di stress, ansia e depressione tra il 2.2% e il 14.5% del personale medico e infermieristico intervistato (Bohlken, Schömig, Lemke, Pumberger, & Riedel-Heller, 2020), annoverando tra le variabili maggiormente in grado di impattare sulla gravità della sintomatologia l'età, il sesso, il tipo di ruolo, di specializzazione e di attività svolta, e la vicinanza ai pazienti COVID-19. Allo spaesamento, al lutto, alla paura di ammalarsi, di trasmettere la malattia ai propri familiari, e alle fragilità umane con cui tutti dobbiamo convivere, si possono aggiungere per i professionisti sanitari l'impotenza, il senso di colpa, la stanchezza e il confronto incessante ed impietoso con il limite e la perdita. Questo è infatti quello che sembra essere emerso con particolare effetto analizzando le risposte date dai professionisti alla seguente domanda: *Qual è la parola che meglio describe il suo stato psicologico al momento?*

La mappatura delle risposte evidenzia alcune differenze se si osservano i *cluster* delle parole dei professionisti che non sentivano il bisogno di sostegno psicologico (Fig. 2), più orientate su aspetti positivi, come tranquillità, equilibrio, normalità, serenità, speranza, consapevolezza, nonostante la

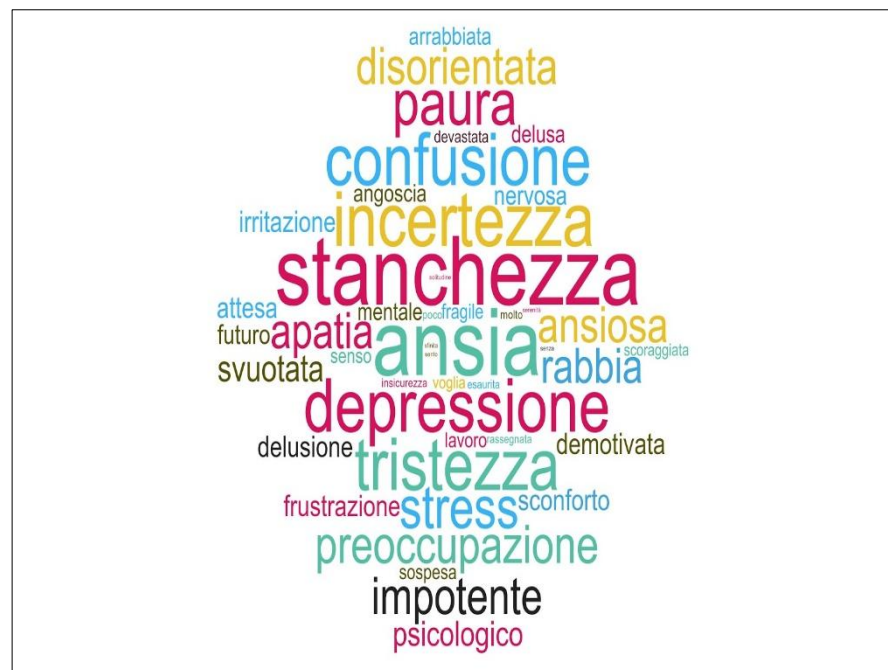
stanchezza, rispetto alle parole scelte da coloro che invece sentivano il bisogno di sostegno psicologico (Fig. 3). I professionisti che sentivano il bisogno di sostegno psicologico erano maggiormente inclini ad utilizzare parole richiamanti aspetti legati alla rabbia, al disorientamento, alla paura, all'angoscia, all'irritazione, alla confusione a partire sempre da una condizione di stanchezza pervasiva presente in tutti i professionisti.



Fig. 2 – Parole che meglio descrivono lo stato psicologico in coloro che non sentono il bisogno di sostegno psicologico



Fig. 3 – Parole che meglio descrivono lo stato psicologico in coloro che sentono il bisogno di sostegno psicologico



Quello che sembra emergere in modo evidente è che il personale sanitario sembra chiamato ad affrontare questa epidemia dovendo bilanciare rischio personale e dovere professionale. Di contro la società, o meglio le Istituzioni, devono garantire che i professionisti vengano supportati, non solo durante la fase più critica ma soprattutto oltre (Harkin, 2020). Questo supporto psicologico deve essere offerto in modo sensibile, attento, rispettando tempi e spazi personali e professionali: il supporto psicologico è una risorsa che favorisce benessere, che promuove solidarietà, che rinforza sensibilità umane e professionali, tutti aspetti che non sono indipendenti dall'emergenza COVID-19, ma che sono strettamente influenzanti la stessa e di riflesso ogni professionista, ogni paziente, ogni cittadino e ogni persona. Infatti, anche la recessione economica, il senso di isolamento e di frustrazione della società a livello regionale, nazionale e mondiale, stanno avendo un effetto indiretto sulla salute, che i sanitari si trovano a dover fronteggiare.

Nel lavoro di Douglas e colleghi (2020) è stato, per l'appunto, osservato come in passati momenti di crisi si sia verificato un generale peggioramento della salute mentale, con l'aumento di violenza interpersonale, di omicidi e suicidi, e come l'isolamento sociale a lungo termine abbia condotto ad un incremento della mortalità di quasi un terzo. Questi dati suggeriscono che periodi prolungati di distanziamento fisico e sociale, come quello che stiamo vivendo nel mondo, a causa dell'emergenza COVID-19, possano avere un simile effetto patogeno. Ignorare questo ha un significato etico profondo di cui probabilmente nessuno vuole prendersi alcuna responsabilità.

Questi risultati rimandano alla consapevolezza circa la possibilità di contenere gli effetti collaterali della pandemia, suggerendo la strada da perseguire per farci trovare preparati a contenerli: perché non esiste «salute fisica» senza «salute psicologica». Questo è il caso, per parafrasare e ricontestualizzare le suggestive parole di Merlini (2019), in cui «l'orizzonte del senso» scientifico va a coincidere con «l'orizzonte dell'azione». È solo in questo modo che «responsabilità, collaborazione, solidarietà, ascolto possono allora diventare i vettori di un'esperienza del senso contenuta all'interno del margine di azione di un soggetto disposto a confrontarsi con le deficienze[...] – in una parola – la sofferenza presenti nell'ambiente in cui opera» (Merlini, 2019, p. 126).

Alla luce di questi risultati scientifici è necessario porre particolare attenzione al riconoscimento precoce delle condizioni di rischio, specialmente (ma non solo) in coloro che sono impegnati in *frontline*, e all'attivazione di precoci interventi che siano di facile accesso per gli operatori sanitari e che



siano presentati come una risorsa per sostenere e potenziare le risorse messe in campo dalla loro professionalità, e non come spazio di valutazione o giudizio.

«Anche io ritengo e affermo che l'umanità finirà  
con il trionfare; temo soltanto che a quel momento  
il mondo sarà diventato un grande ospedale e ogni persona  
farà da caritatevole infermiera all'altra»  
Johann Wolfgang Goethe – *Viaggio in Italia*<sup>6</sup>.

### 13. Riferimenti bibliografici

Benfante, A., Di Tella, M., Romeo, A., & Castelli, L. (2020). Traumatic stress in healthcare workers during COVID-19 pandemic: a review of the immediate impact. *Frontiers in Psychology*, *11*, 2816. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.569935

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Bohlken, J., Schöming, F., Lemke, M. R., Pumberger, M., & Riedel-Heller, S. G. (2020). Covid-19 Pandemic: Stress Experience of Healthcare Workers. A Short Current Review. *Psychiatrische Praxis*, *47*, 190-197. DOI: 10.1055/a-1159-5551

Chou, R., Dana, T., Buckley, D. I., Fu, R., & Totten, A. M. (2020). Epidemiology of and Risk factors for Coronavirus Infection in Health Care Workers: A Living Rapid Review. *Annals of Internal Medicine* [Online ahead of print]. DOI: 10.7326/M20-1632

Clark, L. A., Cuthbert, B., Lewis-Fernández, R., Narrow, W. E., & Reed, G. M. (2017). Three Approaches to Understanding and Classifying Mental Disorder: *ICD-11*, *DSM-5*, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). *Psychological Science in the Public Interest*, *18*(2), 72–145. DOI: 10.1177/1529100617727266

Cohen, D., Winstanley, S. J., & Greene, G. (2016). Understanding doctors' attitudes towards self-disclosure of mental ill health. *Occupational Medicine*, *66*(5), 383–389. DOI: 10.1093/occmed/kqw024

Cook, T., Kursumovic, E., & Lennane, S. (2020). Exclusive: Deaths of NHS staff from covid-19 analysed. *Health Service Journal - for Healthcare Leaders*. <https://www.hsj.co.uk/exclusive-deaths-of-nhs-staff-from-covid-19-analysed/7027471.article>

De Giorgio, A. (2020). Global psychological implications of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and Coronavirus disease-19 (COVID-19). What can be

---

<sup>6</sup> Citazione ripresa dal testo di Merlini (2019) e adattata nella versione qui presentata. Italian Journey by Goethe, J. W. (1786-1788/1999). In J. W. *Von Goethe* (pp. 387-720). London, UK: Everyman's Library.



learned from Italy. Reflections, perspective, opportunities. *Frontiers in Psychology*, 11, 1836. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.01836

Douglas, M., Katikireddi, S. V., Taulbut, M., McKee, M., & McCartney, G. (2020). Mitigating the wider health effects of Covid-19 pandemic response. *The British Medical Journal*, 369:m1557. DOI: 10.1136/bmj.m1557

El-Awaisi, A., O'Carroll, V., Koraysh, S., Koummich, S., & Huber, M. (2020). Perceptions of who is in the healthcare team? A content analysis of socialmedia posts during COVID-19 pandemic. *Journal of Interprofessional Care*, 34(5), 622-632. DOI:10.1080/13561820.2020.1819779

Firew, T., Sano, E. D., Lee, J. W., Flores, S., Lang, K., Salman, K., ... & Chang, B. P. (2020). Protecting the front line: a cross-sectional survey analysis of the occupational factors contributing to healthcare workers' infection and psychological distress during the COVID-19 pandemic in the USA. *BMJ open*, 10(10), e042752. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-042752

Han, P. K. J., Klein, W. M. P., Arora, N. K. (2011). Varieties of uncertainty in health care: a conceptual taxonomy. *Medical decision making: an international journal of the Society for Medical Decision Making*, 31(6), 828–838. DOI: 10.1177/0272989X11393976

Harkin, D. W. (2020). Covid-19: Balancing personal risk and professional duty. *The British Medical Journal*, 369:m1606. DOI: 10.1136/bmj.m1606

ISTAT (2018). *La salute mentale nelle varie fasi della vita*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica.

Johnson, S. U., Ebrahimi, O. V., & Hoffart, A. (2020). PTSD symptoms among health workers and public service providers during the COVID-19 outbreak. *PLoS one*, 15(10), e0241032. DOI: 10.1371/journal.pone.0241032

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... & Tan, H. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), e203976-e203976. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

Liu, Z., Wu, J., Shi, X., Ma, Y., Ma, X., Teng, Z., ... & Long, Q. (2020). Mental Health Status of Healthcare Workers in China for COVID-19 Epidemic. *Annals of Global Health*, 86(1). DOI: 10.5334/aogh.3005

Lu, W., Wang, H., Lin, Y., & Li, L. (2020). Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*, 288, 112936. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112936

Lubian, K., Weich, S., Stansfeld, S., Bebbington, P., Brugha, T., Spiers, N., McManus, S., & Cooper, C. (2016). Chapter 3: Mental health treatment and services. In S. McManus, P. Bebbington, R. Jenkins, & T. Brugha (Eds.). *Mental health and wellbeing in England: Adult Psychiatric Morbidity Survey 2014* (pp. 69-105). Leeds: NHS Digital.

Luceño-Moreno, L., Talavera-Velasco, B., García-Albuerne, Y., & Martín-García, J. (2020). Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in Spanish health personnel during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5514. DOI: 10.3390/ijerph17155514

Marmar, C. R., Weiss, D. S., Metzler, T. J., & Delucchi, K. (1996). Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *The American Journal of Psychiatry*, 153(7), 94–102. DOI: 10.1176/ajp.153.7.94

Mattlin, J. A. (1990). Situational determinants of coping and coping effectiveness. *Journal of Health and Social Behavior*, 31(1), 103–122.

McManus, S., Bebbington, P., Jenkins, R., & Brugha, T. (2016) (Eds.). *Mental health and wellbeing in England: Adult Psychiatric Morbidity Survey 2014*. Leeds: NHS Digital.

Mehta, S. S. & Edwards, M. L. (2018). Suffering in Silence: Mental Health Stigma and Physicians' Licensing Fears. *The American Journal of Psychiatry Residents' Journal*, 13(11), 2–4. DOI: 10.1176/appi.ajp-rj.2018.131101

Merlini, F. (2019). *L'estetica triste. Seduzione e ipocrisia della seduzione*. Torini: Bollati Boringhieri.

Moutier, C. (2018). Physician mental health: an evidence-based approach to change. *Journal of Medical Regulation*, 104(2), 7–13. DOI: 10.30770/2572-1852-104.2.7

Oathes, D. J. & Ray, W. J. (2008). Dissociative tendencies and facilitated emotional processing. *Emotion (Washington, D.C.)*, 8(5), 653–661. DOI: 10.1037/a0013442

Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901–907. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.05.026

Que, J., Le Shi, J. D., Liu, J., Zhang, L., Wu, S., Gong, Y., ... & Ran, M. (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: a cross-sectional study in China. *General Psychiatry*, 33(3). DOI: 10.1136/gpsych-2020-100259

Rossi, R., Soggi, V., Pacitti, F., Di Lorenzo, G., Di Marco, A., Siracusano, A., & Rossi, A. (2020). Mental health outcomes among frontline and second-line health care workers during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic in Italy. *JAMA Network Open*, 3(5), e2010185–e2010185. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.10185

Shechter, A., Diaz, F., Moise, N., Anstey, D. E., Ye, S., Agarwal, S., ... & Abdalla, M. (2020). Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare



workers during the COVID-19 pandemic. *General Hospital Psychiatry*, 66, 1–8. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2020.06.007

Shreffler, J., Petrey, J., & Huecker, M. (2020). The Impact of COVID-19 on Healthcare Worker Wellness: A Scoping Review. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 21(5), 1059–1066. DOI: 10.5811/westjem.2020.7.48684

Shi, L., Lu, Z. A., Que, J. Y., Huang, X. L., Liu, L., Ran, M. S., ..., & Lu, L. (2020). Prevalence of and risk factors associated with mental health symptoms among the general population in China during the Coronavirus Disease 2019 pandemic. *JAMA Network Open*, 3(7), e2014053. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.14053

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092

Stanton, J. & Randal, P. (2011). Doctors accessing mental-health services: an exploratory study. *BMJ Open*, 1, e000017. DOI: 10.1136/bmjopen-2010-000017

Talevi, D., Socci, V., Carai, M., Carnaghi, G., Faleri, S., Trebbi, E., Di Bernardo, A., Capelli, F., & Pacitti, F. (2020). Mental health outcomes of the Covid-19 pandemic. *Rivista di Psichiatria*, 55(3), 137–144. DOI: 10.1708/3382.33569

Weiss, D. S. & Marmar, C. R. (1996). The Impact of Event Scale - Revised. In J. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399–411). New York: Guilford.

### **Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi**

In relazione allo svolgimento dello studio sopra descritto, tutti i componenti del gruppo di ricerca dichiarano di non avere conflitti di interessi in relazione né ai dati raccolti né ai risultati presentati.



### **Acknowledgements**

Si desiderano ringraziare i Direttori sanitari delle Strutture sanitarie della Regione Piemonte per aver reso possibile la realizzazione dello studio.

Un particolare ringraziamento va a tutti i 4.550 professionisti sanitari che hanno dedicato pensiero e tempo a rispondere alla rilevazione.

Torino, 20 novembre 2020