

Ansia, speranza e burnout nei caregivers di pazienti psicotici durante la pandemia da COVID-19

Francesco Franza^{1, 2, 3}, Antonella Vacca⁴, Maria Vincenza Minò², Andreana Franza³, Alessia De Paola³, Francesco Papa³, Giuseppina Conte⁵, Ilario Ferrara^{1, 3}, Barbara Solomita^{1, 3}, Giuseppe Tavormina²

¹ Psychiatric Rehabilitation Center “Villa dei Pini”, Avellino – Italy

² Psychiatric Studies Centre (Cen.Stu.Psi.)

³ Neamente Association, Mercogliano (AV), Italy

⁴ CSM Polo Orientale Grottaglie – Manduria ASL/TA

⁵ SRA “Il filo di Arianna, Venosa (PZ)

Abstract

La pandemia da COVID-19 ha aumentato il carico lavorativo dei professionisti della salute (HCW; HealthCare Workers). Lo stress lavorativo è diventato ancora più gravoso negli HCW che si prendono cura delle persone affette da gravi patologie fisiche o psichiche caratterizzate da un andamento cronico. Le patologie psichiatriche in pazienti con età superiore ai 65 anni sono responsabili di importati conseguenze sulla salute psichica e fisica degli operatori sanitari che li assistono. Il nostro studio osservazionale, un “exploratory design”, ha valutato gli effetti dello stress lavorativo su un gruppo di HCW che avevano in carico pazienti psichiatrici ospiti di strutture residenziali riabilitative psichiatriche. I risultati ottenuti durante un periodo di valutazione di un anno, durante la pandemia da COVID-19, ha evidenziato un significativo aumento dello stress, del burnout, dell’ansia in tutti gli HCW esaminati [ProQoL (ST: T-test P: 0.012); CBI (Time: $p < 0.000$, S dimension: $p < 0.000$)]. Si osservata, invece, una ridotta soddisfazione del lavoro (ProQoL: CS: $p: 0.01$). L’analisi dei sottogruppi ha evidenziato un incremento nella sottoscala BO (burnout) nei valori moderato-alto soprattutto nel gruppo degli infermieri (T0 vs T1: 50.00% vs 68.75%). Dopo un anno, si è osservato una riduzione della speranza (Total $p: 0.0001$; Eta Squared: 0.252; T-Score: 4.381; mean: 6.236 vs 8.614). I limiti del nostro studio orientano, tuttavia, verso una valutazione di uno studio longitudinale più ampio, e consigliano un approfondimento e successive più approfondite valutazioni.

Parole chiave: Caregivers; Anziani; Psicosi primarie; Burnout; Stress; HealthCare Workers; COVID-19.

Citazione:

Franza F; Vacca A; Minò MV; Franza A; De Paola A; Papa F; Conte G; Ferrara I; Solomita B; Tavormina G: Ansia, speranza e burnout nei caregivers di pazienti psicotici durante la pandemia da COVID-19. In: Neamente Journal, no. 0, 2022.

Anxiety, hope and burnout in caregivers of elderly psychotic patients during the COVID 19 pandemic

Abstract

The Covid-19 Pandemic increased the workload of healthcare workers (HCW). Working under stressful conditions became harder for HCW who take care of people affected by serious and chronic physical and psychic pathologies. Psychiatric pathologies in over-65 patients are responsible for important consequences on their healthcare workers' psychic and physical health. In our observational study, an exploratory design evaluated the effects of work-related stress on a group of HCW who take care of psychiatric patients residing in psychiatric rehabilitation residential facilities. The results obtained during a one-year evaluation period, during the Covid-19 pandemic, showed a significant increase in stress, burnout and anxiety in all of the examined HCW [ProQoL (ST: *T-test* P : 0.012); CBI (Time: $p > 0.000$, S dimension: $p < 0.000$)]. Instead, a decrease in work-related satisfaction was observed (ProQoL: CS: p : 0.01). The analysis of the subgroup showed an increase in BO subscale (Burnout) in moderate-to-high values, especially in the nurses' group (T0 vs t1: 50% vs 68.75%). After one year, a reduction of hope was observed (*Total* $p = 0.0001$, *Square Eta* = 0.252; *T-Score* = 4.381; *mean* 6.236 vs 8.614). However, the limit of our study directs at a broader longitudinal study and suggests an in-depth study and subsequent more in-depth evaluations.

Keywords: Caregivers; Elderly; Primary psychosis; Burnout; Stress; Health workers; COVID-19.

1. Background

La valutazione e la gestione dei pazienti affetti da gravi patologie fisiche o psichiche necessitano di un percorso diagnostico/terapeutico integrato. Tale approccio si è reso più evidente e necessario durante la pandemia da COVID-19 (Piercy et al., 2022; Kaehne, 2022). Diverse figure professionali sanitarie intervengono in questo processo centrato sul paziente (*Patient-Centred Care* (PCC)). Il PCC è un modello di cura che rispetta le esperienze, i valori, le necessità e le preferenze del paziente nel pianificare, condividere ed effettuare le cure (Kaehne, 2022; Keating et al., 2016). Una componente importante di questo modello è la relazione terapeutica che si instaura tra il paziente e il gruppo di professionisti della salute (*HealthCare Workers; HCW*) (Gluyas, 2015; Goodman, 2010). Colui che assiste una persona sofferente, tuttavia, al di là del ruolo professionale, è indicato con il termine generico di “caregiver” (Bruera et al., 2021). Con questo termine si indicano le persone che si prendono cura di una persona disabile o affetta da una malattia. Il caregiver è una «*persona che aiuta a soddisfare le necessità di un individuo dipendente*» (Johnson et al., 2016) o «*una persona che interviene nella diagnosi, nella prevenzione e nel trattamento di una malattia o di una disabilità*» (Valero-Cantero et al., 2022). I caregiver possono essere divisi in professionisti e non professionisti. Fanno parte del secondo gruppo i membri della famiglia della persona portatrice di disabilità o di patologie (per approfondimenti vedi Franza et al., 2016).

1.1 Disabilità e famiglia

I caregivers familiari rappresentano una estensione fondamentale del sistema sanitario della salute mentale (Shiraishi e Reilly, 2019). La famiglia gioca un ruolo insostituibile nell’assistenza delle persone affette da gravi patologie psichiatriche, le cosiddette Serious Mental Illness (SMI). Nel 2008, uno studio condotto dal National Institute of Mental Health (NIMH) ha rilevato che le SMI colpiscono il 4.4% della popolazione al di sopra dei 18 anni. Esse comprendono: la schizofrenia, un sottogruppo di depressione maggiore, la cosiddetta “depressione maggiore grave”, e un sottogruppo di disturbo

bipolare grave pochi altri disturbi (NIHM, 2009). L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha, inoltre, raggruppato nei Disturbi Mentali Maggiori (*MMD, Major Mental Disorders*) le seguenti patologie mentali: depressione, disturbo bipolare, schizofrenia e altre psicosi, demenza e disturbi dello sviluppo, compreso l'autismo (WHO, 2019).

Sulle persone che assistono pazienti affetti da SMI o MMD gravano i costi in termini assistenziali, economici e sociali. I caregivers familiari sono sottoposti ad un carico fisico ed emotivo straordinario con conseguente comparsa dei fenomeni tipici del burnout. Figley nel 1995 per le famiglie colpite da questo enorme carico emotivo, psicologico e fisico coniava il termine di "*family burnout*". Il carico familiare è associato a conseguenti difficoltà economiche, a conflitti familiari e alla riduzione del tempo da dedicare alle attività sociali (Lynch et al., 2018). Gli sforzi dei caregivers familiari sono dipendenti da fattori individuali e ambientali, dalle condizioni culturali e sociali prevalenti che coinvolgono la percezione individuale delle difficoltà e delle minacce (Hosseini et al., 2022; Alam et al., 2020; Etter et al., 2008). È stato osservato, tuttavia, che i cambiamenti sintomatologici dei pazienti psicotici cronici e della loro qualità della vita non sono associati significativamente a modificazioni nel carico del caregiver familiare. La debole associazione probabilmente dipende dalla scarsa relazione ai piccoli cambiamenti sintomatologici di questi pazienti che non sono sufficienti a influenzare le esperienze di carico di stress consolidate nel tempo (Rhee & Rosenheck, 2019).

Una ricerca condotta dal gruppo di Peng dell'Institute of Advanced Studies in Humanities and Social Sciences, Beijing Normal University a Zhuhai, Cina (2022) ha studiato i fattori di rischio nei membri delle famiglie di pazienti con schizofrenia. I risultati hanno confermato che il carico lavorativo è tanto più elevato quanto maggiore è la gravità e la durata della malattia. Per aiutare i caregivers familiari a sopportare il gravoso carico assistenziale sono state proposte diverse strategie di sostegno. Tra queste i gruppi di psicoeducazione ne rappresentano un valido strumento (Brown, 2018). Gli interventi psicosociali di sostegno ai caregivers di persone affette da disturbi psicotici primari sono fondamentali (Yildiz, 2021). I risultati della metanalisi del gruppo condotto da Alessandro Rodolico dell'Istituto di Psichiatria della Università di Catania suggeriscono che la psicoeducazione familiare

da sola o combinata con *behavioural o skills training* indirizzati al paziente o alla famiglia e la psicoeducazione per i parenti sono associati a una più bassa probabilità di ricadute rispetto al singolo trattamento (Rodolico et al., 2022). Nei pazienti psichiatrici con psicosi affettive un peggiore funzionamento complessivo è associato ad una frequenza più elevata di conflittualità familiare. Sia l'ambiente familiare sia la storia psichiatrica influenza il funzionamento sociale con importanti implicazioni per l'intervento precoce che dovrebbe coinvolgere sia i pazienti sia i caregivers (Verdolini et al., 2021).

1.2 Carico lavorativo nei professionisti della salute (HCW)

I professionisti della salute (i cosiddetti HealthCare Workers (HCW)) sono i caregivers che svolgono il proprio lavoro rispettosi e sensibili alle esigenze, ai bisogni, alle preferenze e ai valori dei pazienti (Sheerin et al., 2022; Luxford et al., 2010). Le dimensioni ampiamente accettate dell'assistenza centrata sul paziente sono la dignità, il supporto emotivo, il comfort fisico, l'informazione e la comunicazione, la continuità e la transizione, il coordinamento dell'assistenza, il coinvolgimento della famiglia e dei caregiver e l'accesso alle cure (Franza, 2017; Dekkers, 2015). Quando i HCW agiscono in campi in cui la relazione rappresenta uno strumento terapeutico queste dimensioni possono avere un ruolo decisivo nella cura della persona fragile. In particolare, l'assistenza di persone affette da patologie croniche disabilitanti è caratterizzata da un complesso sistema di esperienze, emozioni, sfide, opportunità, fatica e stress (Swartz et al., 2019; Franza et al., 2016). Patologie croniche invalidanti, così come il Morbo di Alzheimer o i disturbi cognitivi, le malattie neurodegenerative, le malattie tumorali o i disturbi psichiatrici maggiori, tra cui le psicosi primarie cronica, causano un enorme carico assistenziale (Hovland & Mallett 2021; Lai et al., 2015; Poppe et al., 2022; Kemt et al., 2016). Le persone che assistono i pazienti affetti da disturbi psicotici, soprattutto se cronici, hanno un rischio elevato di sviluppare stress e burnout (Fountoulakis et al., 2022; Franza et al., 2021; 2015). Nei pazienti psichiatrici con psicosi affettive un peggiore funzionamento individuale è associato a un tasso più elevato di conflittualità familiare. Sia l'ambiente familiare sia la storia psichiatrica

influenzano il funzionamento sociale con importanti implicazioni per l'intervento precoce che dovrebbe coinvolgere sia i pazienti sia i caregivers (Verdolini et al., 2021).

I disturbi psicotici primari sono tra i disturbi mentali maggiori (MMD) più debilitanti e sono causa di un enorme carico sulla qualità della vita delle persone affette (Maj et al., 2021).

Il carico di lavoro, già elevato con i pazienti con MMD, diventa ancora più rilevante nell'assistenza dei pazienti psicotici cronici o residuali di età superiore a 65 anni. La pandemia da COVID-19 ha determinato un ulteriore aggravio sul rischio di sviluppare stress, ansia, depressione e fatica della compassione nei professionisti della salute (Healthcare workers (HCW)) rispetto alla popolazione generale (Fountoulakis et al., 2022). Il carico lavorativo nel HCW durante la pandemia ha inciso, inoltre, sulla qualità della vita degli stessi operatori sanitari, sulle loro prospettive lavorative e personali e, quindi, sulla speranza. Si osserva, tuttavia, un'ingravescenza di questi fattori, legata probabilmente alle incertezze sul futuro sanitario, mitigati leggermente dalla introduzione dei vaccini (Martín et al., 2021). Mentre gli HCW riportarono minori preoccupazioni sul rischio di contrarre in COVID-19 per se stessi e i loro familiari dopo un anno di pandemia, rispetto al 2020, la percentuale di lavoratori che ha riferito di sentirsi stressato sul lavoro o ha deciso di dimettersi è rimasta la stessa (Yamane et al., 2022). La speranza, o meglio la sua assenza, la fatica della compassione, lo stress, il burnout e sintomi psichiatrici, quali ansia o depressione, sono oggetto di studio e di valutazione. Un fattore importante per il benessere del caregiver è la speranza: la sua assenza o la sua riduzione è stata evidenziata durante la pandemia da COVID-19 in un gruppo di caregiver di pazienti affetti da patologie organiche, psichiatriche e neurocognitive (Franza et al., 2021).

Il nostro gruppo ha cercato di valutare questi aspetti in un gruppo di HCW che assiste pazienti affetti da disturbi psicotici cronici ospiti di strutture residenziali. Il gruppo di ricerca della Associazione Neamente ha sviluppato un lavoro osservazionale longitudinale in collaborazione con diversi centri residenziali per patologie psichiatriche. Lo studio che ha coinvolto gli HCW di questi centri rappresenta un approfondimento dei risultati prodotti, presentati e pubblicati in altri lavori (Minò et al., 2021; Vacca et al., 2021; Franza et al., 2021, 2020).

2. Metodi

2.1 Disegno dello studio

Il nostro studio osservazionale è stato condotto utilizzando un “*exploratory design*” sviluppato per conoscere e identificare un particolare fenomeno (Patton, 2015). La ricerca è stata condotta per avere una migliore conoscenza di un problema già presente e per cercare di fornire risultati che saranno aperti a successive valutazioni e definizioni. Il nostro studio segue le indicazioni di una ricerca primaria, quindi raccolta direttamente dai soggetti reclutati nello studio. La ricerca esplorativa viene svolta quando un argomento ha bisogno di essere compreso in profondità, soprattutto se non è stato effettuato precedentemente (Tegan, 2022).

2.2 Setting

Cinquantasette (57) caregiver HCW sono stati inclusi nello studio (31F; 26M; età media 43.63 anni). Gli HCW sono stati selezionati da un gruppo più ampio di operatori sanitari (n. 124) in servizio presso strutture residenziali psichiatriche del territorio campano e pugliese. In queste strutture erano ospitati pazienti affetti da diverse patologie psichiatriche. Sono state escluse le strutture in cui non erano residenti pazienti di età superiore o uguale a 65 anni. Nella discussione sono descritti i criteri di inclusione legati all'età degli ospiti/pazienti.

2.3 Procedura

Dopo aver raccolto le autorizzazioni e il consenso informato, lo staff coinvolto nello studio è stato guidato dai coordinatori di ciascuna struttura coinvolta nella somministrazione del materiale di valutazione. Il materiale somministrato per ciascun HCW è stato raccolto in faldoni contenenti tutte le scale di valutazione secondo il metodo che sarà descritto successivamente. Il materiale disegnato per lo studio è stato distribuito e raccolto una volta compilato e restituito. I documenti raccolti sono

stati valutati per eliminare il materiale non utilizzabile ai fini dello studio (ad esempio, non compilato o compilato solo parzialmente). Dei 124 faldoni restituiti, al termine dello studio solo 57 soddisfacevano i requisiti di completa e adeguata compilazione (45.97%).

Nel nostro studio longitudinale osservazionale abbiamo selezionato, quindi, cinquantasette (57) HCW (31F; 26 M; età media 42,08 anni $\pm 10,64$ ($\pm SD$)). Nella Tabella 1 sono indicate le diverse figure professionali / HCW coinvolte nello studio.

Un criterio di inclusione degli HCW è stato l'assistenza da loro prestata a pazienti di età superiore o uguale a 65 anni affetti da Psicosi primarie, secondo le indicazioni di Maj et al. (2021). Tutti i pazienti selezionati presentavano un punteggio totale alla B.P.R.S. ≥ 35 .

I pazienti soddisfacevano i criteri diagnostici del DSM-5 per schizofrenia, disturbo schizoaffettivo e disturbo delirante. Tutti i pazienti erano ospiti delle strutture residenziali durante il periodo della pandemia da COVID-19. Erano tutti in trattamento farmacologico con antipsicotici in monoterapia o con terapie aggiuntive (stabilizzatori del tono dell'umore; benzodiazepine). Avevano una età superiore a 65 anni (età media: 71.32 ± 5.86), e una durata di malattia superiore a 10 anni dalla prima diagnosi.

2.3.1 Dati sociodemografici dei caregivers

Sono stati raccolti per ciascun caregiver i seguenti parametri: età, sesso, stato civile, scolarità e anni di attività lavorativa in Strutture Intermedie Residenziali riabilitative psichiatriche (SIRrp). Queste variabili sono state raccolte direttamente dall'intervista del caregivers e riportate su foglio elettronico.

I caregivers – HCW erano composti dalle seguenti figure sanitarie: medici, psicologi, infermieri, tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatori, operatori socio-sanitari, assistenti sociali (nella Tabella 1 sono evidenziati i dati epidemiologici).

2.3.2 Tempo di osservazione dello studio

Gli HCW sono stati schedati in due periodi indicati come *T0* e *T1*. Il tempo di osservazione *T0* corrisponde al periodo di circa tre mesi compreso tra settembre ed ottobre 2020. Il tempo di osservazione *T1* corrisponde al periodo compreso tra luglio e settembre 2021.

2.3.3 Scale di somministrazione utilizzate

A tutti i caregiver (HCW) sono state somministrate le seguenti scale diagnostiche di valutazione ai tempi *T0* e *T1*:

- **ProQoL (Professional Quality of Life)** (Stamm, 2009):
 - o La Professional Quality of Life Scale (ProQOL) è un questionario di autovalutazione composto da 30 item. È stato disegnato per misurare la fatica della compassione, la soddisfazione lavorativa e il burnout nelle professioni di aiuto. Questo gruppo è ampio e comprende figure professionali così come gli psicologi, i medici, gli assistenti sociali, gli insegnanti, le forze dell'ordine, i vigili del fuoco, etc.
 - o Misura tre aspetti della qualità della vita dei professionisti d'aiuto:
 - La **Compassion Satisfaction (CS)** - soddisfazione della compassione) il piacere che ne deriva dall'essere capace di lavorare bene;
 - **Burnout (BO)** - esaurimento, frustrazione, rabbia e depressione associate al lavoro);
 - **Secondary Traumatic Stress (STs)** - sensazione di paura associata all'ambiente di lavoro o trauma secondario).
- **CBI (Caregiver Burden Inventory)** (Novack & Guest, 1989):
 - o La CBI permette di ottenere un profilo grafico del burden (carico) del caregiver nei diversi domini, per confrontare diversi soggetti e per osservare immediatamente le variazioni nel tempo del burden. Il Caregiver Burden Inventory comprende 24 questioni chiuse divise in cinque dimensioni: dipendenza dal tempo (T - time-

dependence), dimensione evolutiva (S - developmental), dimensione o carico fisico (F - physical), dimensione o carico sociale (D - social) e dimensione o carico emotivo (E - emotional burden).

- **SAVE (SAVE-9 scale - Stress and Anxiety to Viral Epidemics - 9 items)** (Chung et al., 2021; Tavormina et al., 2020):
 - o La SAVE-9 viene utilizzata per la valutazione dell'ansia e dello stress lavorativo durante la pandemia. Il Cut-off point per la scala SAVE-9 è stato calcolato come ≥ 22 . La scala presenta due sottoscale che valutano due Fattori (Factor I e Factor II): il Factor I è etichettato come "Anxiety about the epidemic" (items 1, 2, 3, 4, 5 e 8) con Cut-off score ≥ 15 ; il Factor II etichettato come "Work-related stress associated with the epidemic" (items 6, 7 e 9).

Per la valutazione della assenza di speranza è stata utilizzata la seguente scala:

- **BHS (Beck Hopelessness Scale)** (Beck, 1988):
 - o La Beck Hopelessness Scale (BHS) è una scala autosomministrata composta da 20 item. È stata sviluppata da Aaron T. Beck per misurare i tre principali aspetti della assenza di speranza: preoccupazioni sul futuro, assenza di motivazione e di aspettative.

2.4 Analisi dei dati

I dati quantitativi raccolti sono stati raccolti nei fogli elettronici di Microsoft Excel. Sono stati registrati in fogli dedicati per tipo di scala di valutazione somministrata e tempo di esecuzione. Le caratteristiche dei partecipanti sono presentate come valore medio (\pm *standard deviation* (\pm *SD*)); la frequenza assoluta (*n.*) e la percentuale (%) per ciascuna categoria analizzata.

I dati ottenuti sono stati analizzati mediante programma di analisi statistica EZAnalyze 3.1, piattaforma Excel Microsoft e $p \leq 0.05$ è stato considerato statisticamente significativo.

EZAnalyze 3.1 è un Microsoft Excel Add-In free progettato per migliorare le capacità di Excel aggiungendo la funzionalità "point and click" per l'analisi dei dati, la creazione di grafici e la creazione di nuove variabili.

I dati raccolti per ciascuna scala di valutazione per ciascun gruppo di HCW sono riportati nelle tabelle dedicate.

3. Risultati

La Tabella 1 mostra i dati epidemiologici degli HCW.

Tabella 1. Dati demografici HCW

Variabile	n. = 57					
<i>Gender</i>	<i>No.</i>	<i>(%)</i>				
Totale	57	100				
Donne	31	54.39				
Uomini	26	45.61				
Non-binar gender	0	0				
<hr/>						
<i>Livello di educazione</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>				
Diploma Triennale	27	47.38				
Diploma Magistrale	17	29.82				
Laurea	7	12.28				
Specializzazione	6	10.52				
<hr/>						
<i>Tempo di lavoro in SIR</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>				
< 1 anno	5	8.77				
1-5 anni	13	22.80				
5-10 anni	12	21.05				
10-20 anni	11	19.29				
> 20 anni	1	28.09				
<hr/>						
<i>Stato civile</i>	<i>Uomini</i>	<i>%</i>	<i>Donne</i>	<i>%</i>	<i>Totale</i>	<i>%</i>
Coniugati	34	59.65	17	54.84	17	65.38
Single	21	36.84	12	38.71	9	34.62
Vedovi	2	3.51	2	6.45	0	0

3.1 Dati PROQOL

I dati ottenuti con la scala di valutazione PROQoL sono stati analizzati suddividendoli nelle rispettive tre sottoscale. Nella Tabella 2 e nel Figura 1 sono riportati i valori dell'indagine.

Tabella 2. Data PROQOL T0 vs T1 HCW

	Pro CS T-TEST		Pro BO T-TEST		Pro ST T-TEST	
	T0 (%)	T1 (%)	T0 (%)	T1 (%)	T0 (%)	T1 (%)
Mean	36.757	35.730	23.784	23.676	23.378	24.622
Std. Dev.	7.529	7.866	6.885	6.267	7.239	7.327
N Pairs	57		57		57	
Mean Difference	1.027		0.108		-1.243	
SE of Diff.	0.377		0.402		0.467	
Eta Squared	0.167		0.002		0.161	
T-Score	2.727		0.269		2.661	
p	0.010		0.790		0.012	
<i>The difference between T0 and T1 is</i>	<i>significant</i>		<i>not significant</i>		<i>significant</i>	

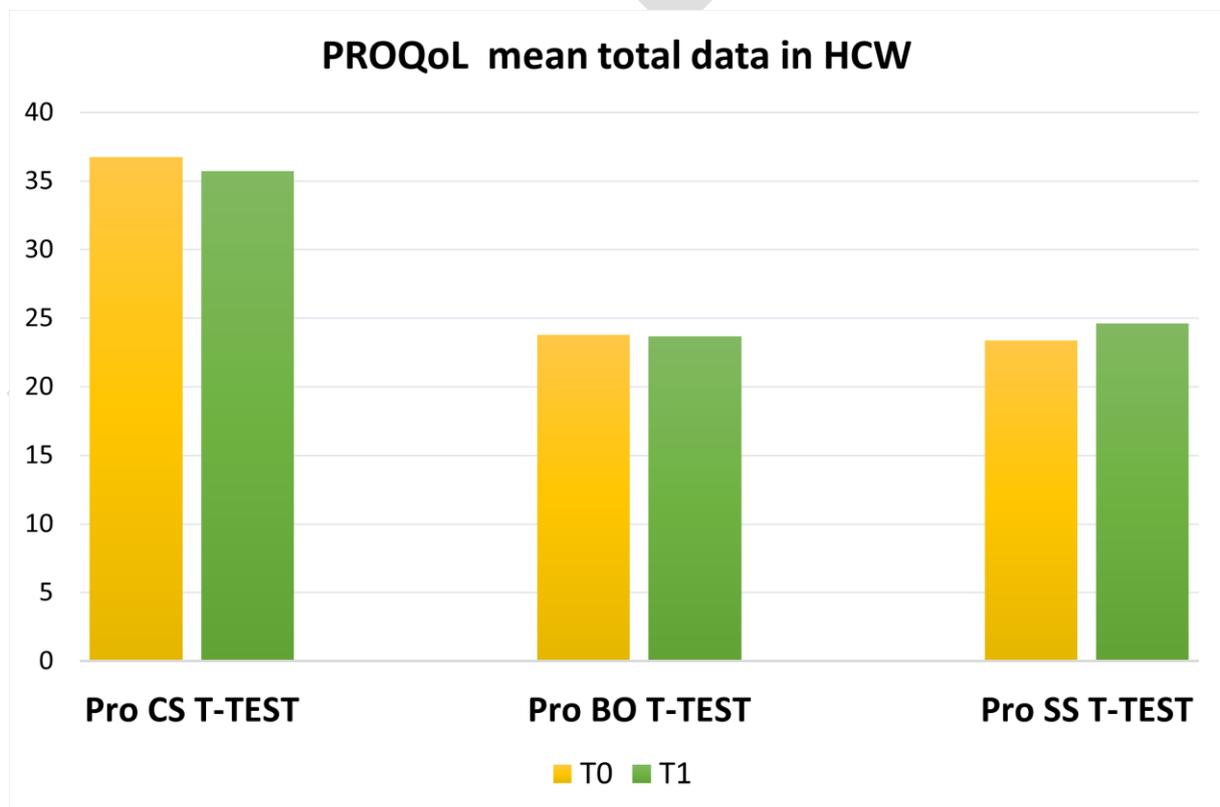


Figura 1. Mean total data PROQoL (T0 vs T1)

La sottoscala Compassion Satisfaction (CF) ha evidenziato una differenza statisticamente significativa dei punteggi analizzati con una riduzione del punteggio complessivo medio ($T0$ vs $T=1-1.027$; T -Test P : 0.010; $Pearson$ Correlation: 0.957). Tale punteggio è indicativo di una riduzione della soddisfazione del lavoro prodotto e percepito dagli HCW. Nella Tabella 2 sono indicati i risultati della subscala Burnout (BO)). L'analisi dei dati nei tempi $T0$ vs $T1$ ha indicato una differenza statisticamente non significativa (T -Test P : 0.790, T -Score: 0.269; $Pearson$ Correlation: 0.935). I risultati ottenuti alla subscala Secondary Trauma (ST) hanno evidenziato una differenza statisticamente significativa tra $T0$ vs $T1$ (T -test P : 0.012, T -Score: 2.661; $Pearson$ Correlation 0.924). I risultati dell'analisi della sottoscala ST sono riportati nella Tabella 3.

Tabella 3. PROQoL Percentage Subsociale HCWs

| HCWs (HealthCare Workers): professionisti della salute | HCA: HealthCare Assistant (in Italian OSS: Operatore Socio Sanitario) | HE: Health Educator (In Italian: Educatore Sanitario Professionale) | SCW: Social Care Worker (in Italian Assistente Sociale) | PRT: Psychiatric Rehabilitation Technicians (In Italian: TeRP: Tecnici Riabilitazione Psichiatrica) | Nurses: (in Italian: infermieri) | Clinicians: (in Italian medici / psichiatri) |

		PROQOL CS		PROQOL BO		PROQOL ST	
		T0	T1	T0	T1	T0	T1
		(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
SCW	Low	25.0	25.0	50.0	50.0	25.0	25.0
	Moderate	50.0	50.0	50.0	50.0	75.0	50.0
	High	25.0	25.0	0.0	0.0	0.0	25.0
HCA	Low	12.5	0.0	12.5	25.0	12.5	12.5
	Moderate	62.5	87.5	87.5	75.0	75.0	50.0
	High	25.0	12.5	0.0	0.0	0.0	37.5
Nurses	Low	6.25	43.7	50.0	31.5	43.7	37.5
	Moderate	68.7	37.5	50.0	62.5	66.2	43.7
	High	25.0	18.7	0.0	6.2	0.0	18.7
Clinicians	Low	0.0	0.0	0.0	0.0	20.0	0.0
	Moderate	100.0	100.0	100.0	80.0	66.2	80.0
	High	0.0	0.0	0.0	20.0	0.0	20.0
HCA	Low	7.14	28.6	37.7	37.7	35.7	42.9
	Moderate	71.4	57.1	64.3	57.2	64.3	35.7
	High	21.4	14.3	0.0	7.1	0.0	21.4
Psychologists	Low	0.0	20.0	40.0	40.0	40.0	20.0
	Moderate	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	80.0
	High	40.0	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0
TERP	Low	0.0	0.0	37.7	37.7	60.0	60.0
	Moderate	60.0	60.0	64.3	57.2	40.0	20.0
	High	40.0	40.0	0.0	7.1	0.0	20.0

I dati riguardanti le differenze delle variazioni delle percentuali di ciascun gruppo professionale nelle tre sottoscale della PROQoL sono riportati nella Tabella 3. Si evidenzia una generale riduzione della percentuale della soddisfazione della compassione in tutti gli HCW esaminati. Le variazioni più frequenti dei valori Alto hanno riguardato il gruppo degli infermieri ($T0$ vs $T1$: 25.00% vs 18.75%) e nel gruppo degli OSS in cui la variazione in termini di percentuale è stata importante ($T0$ vs $T1$: 21.43% vs 14.28%). Nella sottoscale BO le differenze delle variazioni nella frequenza di valori differenziati hanno evidenziato una frequenza maggiore in $T1$ nel sottogruppo degli infermieri (gruppo di valori moderato+alto: $T0$ vs $T1$: 50.00% vs 68.75%), così come nel gruppo degli OSS (gruppo di valori alto: $T0$ vs $T1$: 0.00% vs 7.10%). Valori significativi sono presenti anche nel sottogruppo dei medici. In questo gruppo la percentuale di valori bassi di BO era pari a zero e ha raggiunto la percentuale dell'80% nei valori alti della sottoscala BO. Risultati analoghi sono stati evidenziati nella sottoscala ST. Nel sottogruppo degli infermieri si è osservato un incremento del 18.75% in $T1$ rispetto alla percentuale iniziale. Osservazioni analoghi riguardano il sottogruppo degli psicologi nei valori moderati ($T0$ vs $T1$: 0.00% vs 25.00%) e degli educatori professionali dei valori alti ($T0$ vs $T1$: 0.00% vs 37.50%).

3.2 Dati CBI

I risultati ottenuti con la CBI (vedi Tabella 4; Figura 2) hanno evidenziato una differenza statisticamente significativa in tutte le dimensioni analizzate. Da sottolineare la maggiore differenza tra $T0$ vs $T1$ nelle dimensioni Tempo ($T0$ vs $T1$) (Time) (*Mean difference*: -1.912; *T-Score*: 7.517; *p*: 0.000) e dello Sviluppo (S) (*Mean difference*: -0.982; *T-Score*: 6.021; *p*: 0.000)]. Rispetto ai risultati ottenuti con la scala precedente, si osserva un maggiore carico di lavoro nel gruppo degli psicologi e degli infermieri soprattutto nelle dimensioni Tempo e Carico Emotivo in $T1$ (rispettivamente nel 45.50% e nel 37.90%). Nel sottogruppo dei medici si è osservato un punteggio più elevato in $T1$ nella dimensione carico psicologico (S).

Tabella 4. CBI; mean total, subscales HCWs

/ HCWs (T: time-dependence / S: developmental / F: physical / D: social / E: emotional burden) /

CBI		T0	T1	Mean Diff.	SE of Diff	Eta Squared	T-Score	P	diff T0 vs T1 significant
		%	%						
Total	Mean	23.754	28.421	-4.667	0.502	0.602	9.295	0.000	+
	Std. Dev.	12.628	10.858						
T	Mean	5.509	7.421	-1.912	0.254	0.498	7.517	0.000	+
	Std. Dev.	3.836	3.156						
S	Mean	4.368	5.351	-0.982	0.163	0.389	6.021	0.000	+
	Std. Dev.	4.451	4.121						
F	Mean	3.526	4.281	-0.754	0.196	0.206	3.850	0.000	+
	Std. Dev.	3.094	2.411						
D	Mean	7.000	7.456	-0.456	0.207	0.079	2.209	0.031	+
	Std. Dev.	4.049	3.645						
E	Mean	3.351	3.912	-0.561	0.152	0.193	3.686	0.001	+
	Std. Dev.	4.069	3.828						

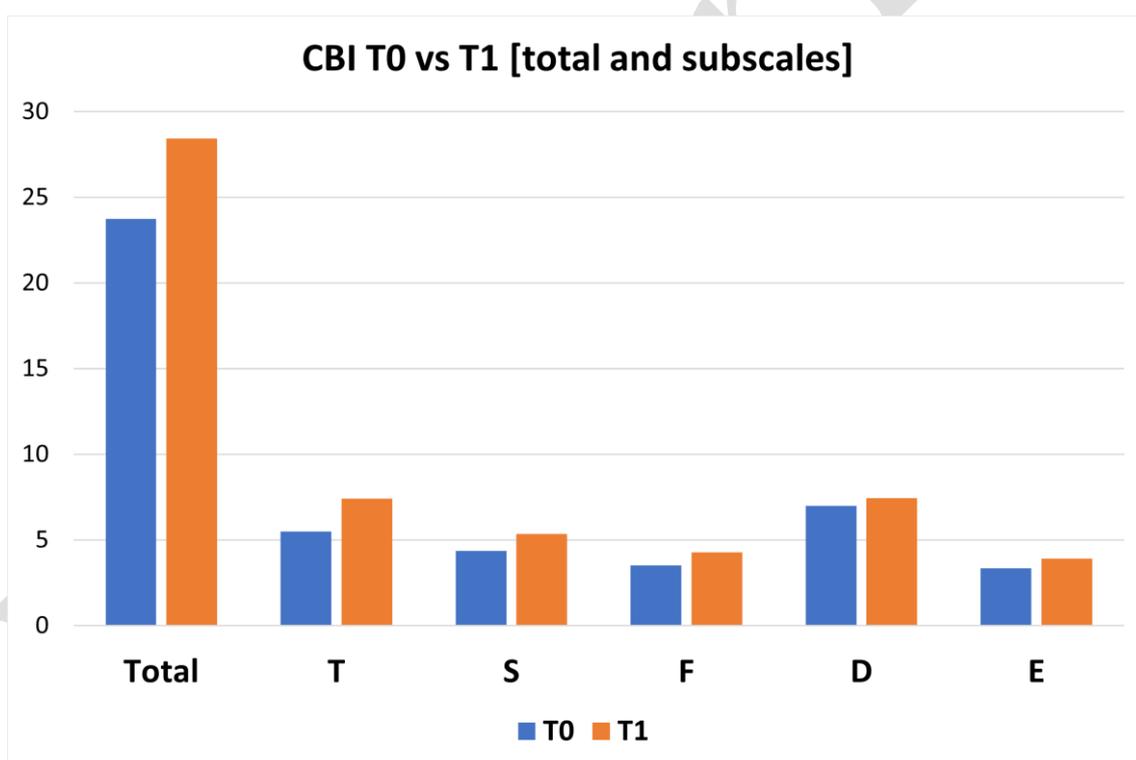


Figura 2. Mean total and subscales data CBI (T0 vs T1)

3.3 Dati SAVE-9

I risultati ottenuti con la SAVE-9 sono sintetizzati nella Tabella 5 e nel Figura 3. Le differenze tra T0 e T1 dei dati totali in tutti gli HCW non sono risultate statisticamente significative (Mean: 20.263

vs 20.280; Mean Difference: -0.018; SE of Diff: 0.345; Eta Squared: 0.000; T-Score: 0.051; p: 0.960; The difference between T0 and T1 is not significant). Statisticamente significative sono, invece, le differenze del punteggio medio totale del Factor I (Mean: 12.421 vs 13.158; Mean Difference: -0.737; SE of Diff: 0.333; Eta Squared: 0.079; T-Score: 2.216; p: 0.310; The difference between T0 and T1 is significant). L'elaborazione dei dati raccolti nella sottoscala Factor II hanno evidenziato risultati statisticamente non significativi nei due tempi osservazionali T0 vs T1 (Mean: 6.895 vs 7.123; Mean Difference -0.228; SE of Diff: 0.237; Eta Squared: 0.016; T-Score: 0.960; p: 0.341; The difference between T0 and T1 is not significant).

Tabella 5. SAVE; mean total, Factor I and II HCWs

SAVE		T0	T1	Mean Diff.	SE of Diff	Eta Squared	T-Score	P	diff T0 vs T1 significant
		%	%						
Total	Mean	20.263	20.281	-0.081	0.345	0.000	0.051	0.960	-
	Std. Dev.	7.582	6.964						
Factor I	Mean	12.421	13.158	-0.737	0.333	0.079	2.216	0.031	+
	Std. Dev.	5.513	5.586						
Factor II	Mean	6.859	7.123	-0.228	0.237	0.016	0.960	0.341	-
	Std. Dev.	4.451	4.121						

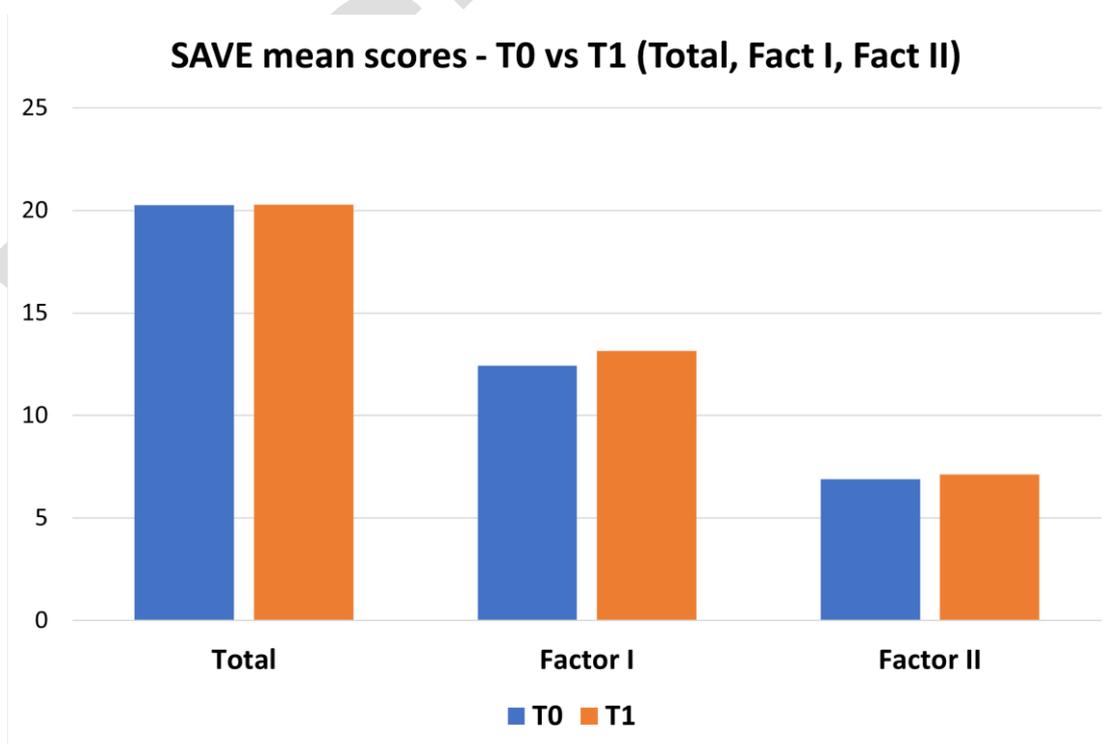


Figura 3. Mean total and subscales data SAVE (T0 vs T1)

Nella valutazione della frequenza nelle diverse figure professionali si osserva una percentuale elevata di HCW che superano i livelli di Cut-off nel 42.11% (*T0*) vs 38.60% (*T1*) con una riduzione della percentuale dopo 1 anno di osservazione. Si osserva, invece, un incremento del Factor I nel 35.71% (*T1*) rispetto al 28.57% iniziale (*T0*). Anche nel gruppo degli psicologi si osserva una elevata percentuale sia in *T0* sia in *T1*. Stessa percentuale si osserva tra i medici. Una percentuale elevata di infermieri con un punteggio superiore ai Cut-off si è osservata in *T0* vs *T1* (42.86% vs 50.00 in Total scores e 43.75% vs 50.00% in Factor I).

3.4 Dati BHS

Interessante notare che in punteggi alla BHS erano bassi a *T0* vs *T1*, con riduzione della speranza dopo un anno (*Total p*: 0.0001; *Eta Squared*: 0.252; *T-Score*: 4.381; *mean*: 6.236 vs 8.614).

Tabella 6. BHS DATA – *T0* vs *T1* HCW

/ HCWs (HealthCare Workers): professionisti della salute /HCA: HealthCare Assistant (in Italian OSS: Operatore Socio Sanitario) / HE: Health Educator (In Italian: Educatore Sanitario Professionale) / SCW: Social Care Worker (in Italian Assistente Sociale) / PRT: Psychiatric Rehabilitation Technicians (In Italian: TeRP: Tecnici Riabilitazione Psichiatrica) / Nurses: (in Italian: infermieri) / Clinicians: (in Italian medici / psichiatri).

BHS		T0	T1	Mean Diff.	SE of Diff	Eta Squared	T-Score	p	diff T0 vs T1 significant
		%	%						
Total	<i>Mean</i>	6.263	8.614	-2.351	0.537	0.252	4.381	0.000	+
	<i>Std. Dev.</i>	3.373	4.122						
HE	<i>Mean</i>	6.417	8.250	-1.833	0.787	0.312	2.331	0.040	+
	<i>Std. Dev.</i>	4.055	4.048						
SCW	<i>Mean</i>	9.250	10.000	-0.750	1.652	0.049	0.454	0.681	--
	<i>Std. Dev.</i>	5.620	2.449						
Psychologists	<i>Mean</i>	4.400	5.000	-0.600	0.678	0.135	0.885	0.426	--
	<i>Std. Dev.</i>	1.817	2.915						
Nurses	<i>Mean</i>	7.188	10.813	-3.625	0.397	0.839	9.140	0.000	+
	<i>Std. Dev.</i>	3.600	4.262						
Clinicians	<i>Mean</i>	7.200	8.200	-1.000	0.632	0.333	1.581	0.189	--
	<i>Std. Dev.</i>	3.114	3.701						
HCA	<i>Mean</i>	6.571	9.214	-2.643	0.440	0.721	6.008	0.000	+
	<i>Std. Dev.</i>	2.954	3.599						
PTR	<i>Mean</i>	3.000	4.800	-1.800	0.490	0.730	3.674	0.021	+
	<i>Std. Dev.</i>	1.225	2.168						

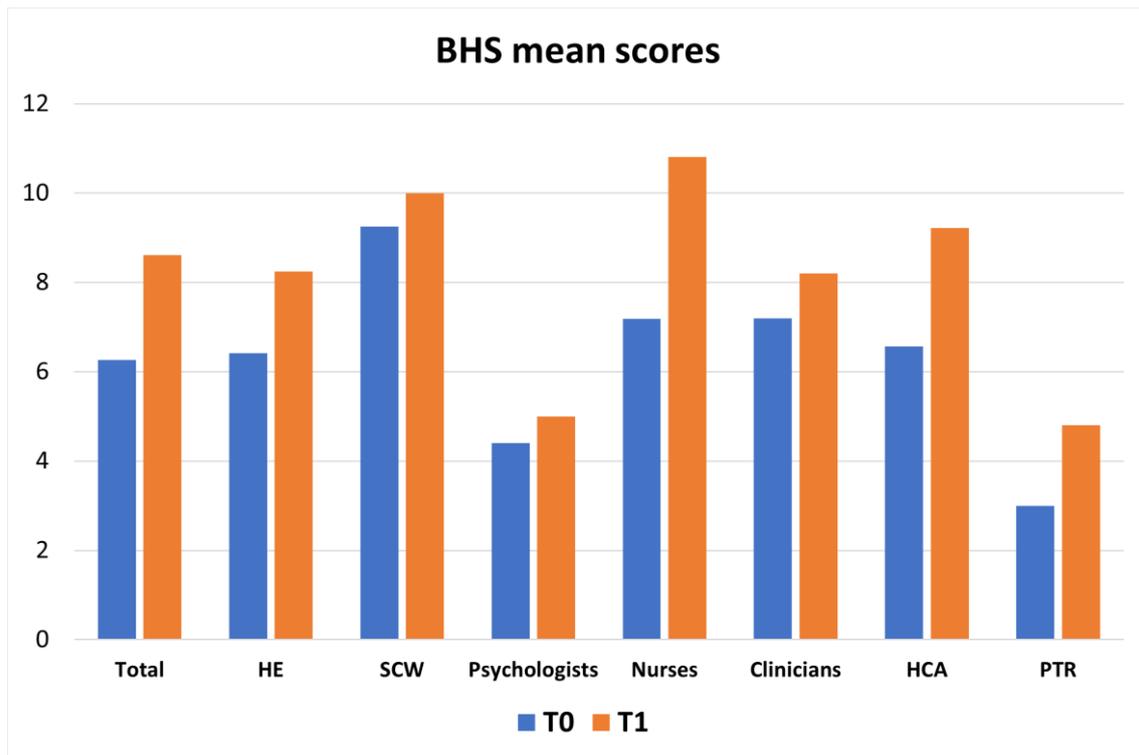


Figura 4. BHS DATA - T0 vs T1 HCW

I dati di ciascun gruppo di HCW sono riassunti nella Tabella 6 e nel Figura 4. Il gruppo degli infermieri ha presentato una differenza statisticamente significativa (*Total p*: 0.000; *Eta Squared*: 0.839; *T-Score*: 9.140). Risultati analoghi sono stati riscontrati nel gruppo degli OSS (*Total p*: 0.000; *Eta Squared*: 0.721; *T-Score*: 6.008). Nei sottogruppi medici, psicologi e assistenti sociali le differenze tra *T0* e *T1* non erano statisticamente significative: questi ultimi dati risentono del numero esiguo di partecipanti allo studio. Per inquadrare i livelli di hopeleness vanno, tuttavia, considerati i punteggi superiori al Cut-off ≥ 09 in ciascun gruppo professionale analizzato. In questo caso abbiamo osservato un incremento della percentuale dei livelli di gravità elevata nel gruppo degli infermieri (*T0* vs *T1*: 0.00% vs 31.25%). Nello stesso gruppo anche i livelli di gravità moderata sono aumentati dopo un anno (*T0* vs *T1*: 18.75% vs 43.75%). Nel gruppo OSS si è osservato un incremento della percentuale di gravità moderata (*T0* vs *T1*: 0.00% vs 64.29%) e nel 21.43% di gravità severa. Interessanti i risultati, sebbene non statisticamente significativi, del gruppo degli psicologi in quanto

il punteggio si è mantenuto elevato in termini di percentuale in *T0* e in *T1* (40.00 % vs 60%) mantenendosi nel punteggio lieve (04-08).

4. Discussione

Le psicosi primarie rappresentano un gruppo eterogeneo di disturbi mentali caratterizzati da deliri e/o allucinazioni, insieme ad altre manifestazioni cliniche come il pensiero disorganizzato, il comportamento motorio grossolanamente disorganizzato o anormale, ed i sintomi negativi (ad esempio, appiattimento affettivo, alogia, asocialità, anedonia e abulia (Maj M et al., 2021)).

La gestione complessiva dei pazienti affetti da tale corredo sintomatologico necessita di un approccio integrato multidisciplinare. Il trattamento farmacologico presenta il rischio di raggiungere un livello di semplificazione nella scelta di una terapia. Nella pratica clinica e sperimentale, infatti, sembrano esserci differenze in termini di efficacia tra i vari farmaci disponibili (Tortorella, 2021). Tali differenze, tuttavia, non sono chiare e non consentono di guidare verso una precisa scelta terapeutica in un ciascun individuo. Sono stati effettuati diversi studi longitudinali a lungo termine che hanno ricercato l'evoluzione terapeutica in questa tipologia di pazienti. Lo switching farmacologico conseguente anche alla disponibilità di nuovi farmaci ha permesso di valutare nuove strategie terapeutiche con la valutazione dei costi/benefici (Paudel et al., 2019; Masand, 2005; Weinmann et al., 2004). L'obiettivo principale nella gestione delle malattie psichiatriche maggiori è la rilevazione del rischio elevato di ricadute, soprattutto in caso di non aderenza alla terapia. Poiché le ricadute sono accompagnate da variazioni strutturali cerebrali, da un peggioramento dei sintomi e da una aumentata resistenza al trattamento, è fondamentale il monitoraggio della non aderenza e la messa in atto di strategie per evitare tale rischio (Strunoiu et al., 2021; Kane e Correl, 2019).

Uno studio condotto da Franza et al. (2013) ha evidenziato una storia di switching farmacologico in un gruppo di pazienti affetti da schizofrenia nel corso di 19 anni. I risultati hanno sottolineato che in questo gruppo di pazienti residenziali un numero significativo aveva assunto, al termine della sua storia

di switching farmacologici, il primo farmaco prescritto. Il tasso di soddisfazione della terapia al termine del periodo osservazionale raggiungeva il 51.18%. Una importante sfida nella gestione dei pazienti affetti da psicosi primarie è la compliance e l'aderenza terapeutica, elementi fondamentali per una adeguata assistenza. Il miglioramento dell'aderenza nella schizofrenia può avere un notevole impatto positivo sui pazienti e sulla società. Ciò può essere ottenuto concentrandosi sulla moltitudine identificata di fattori che guidano la non aderenza (Higashi et al., 2013). Tra i vari fattori, un atteggiamento negativo verso i farmaci e l'uso di farmaci psichiatrici sono le ragioni più frequenti per una non adesione ai farmaci antipsicotici tra le persone con SMI (Velligan et al., 2017). Risulta, quindi, evidente come i caregiver professionali o familiari abbiano un ruolo fondamentale nell'aiutare le persone affette da gravi patologie psichiatriche ad assumere correttamente la terapia farmacologica. Questo fattore si aggiunge al carico emotivo e fisico del caregiver che assiste soggetti ospiti di strutture residenziali (Arunrasameesopa et al., 2021). La gestione complessiva del paziente affetto da gravi patologie psichiatriche, così come le psicosi primarie, assume un ulteriore aggravio in questo gruppo di pazienti con età superiore a 65 anni. Sono pazienti che rientrano nella definizione di "soggetti anziani" (Singh e Bajorek, 2014). L'invecchiamento è un processo inevitabile che è misurato dall'età cronologica e, come convenzione, una persona di età superiore a 65 anni è definita come "anziana" (in inglese, "elderly"). Le persone di età compresa tra 65 e 74 anni sono definite come "early elderly" e quelle di età superiore a 75 anni "late elderly" (Orimo et al., 2006). La gestione dei pazienti psichiatrici anziani determina un carico aggiuntivo nei caregivers rendendosi necessario un approccio integrato multimodale (Gillick, 2020). I risultati ottenuti dal nostro studio hanno confermato il carico dei caregivers, che si è aggiunto a quello determinato dalla crisi determinata dalla pandemia da COVID-19 (Franza et al., 2020). Interessante notare che i risultati ottenuti dopo un anno dall'inizio dell'osservazione esprimevano un punteggio più elevato in diversi campi. Dopo una iniziale capacità di adattamento, alcuni sottogruppi di HCW hanno presentato una significativa alterazione del punteggio in diverse aree valutate. In particolare, si osservava una riduzione complessiva della speranza in tutti i gruppi analizzati. Sebbene siano state riscontrate differenze

minime tra i diversi gruppi, gli infermieri e gli OSS hanno presentato le differenze statisticamente più significative. Gli effetti negativi della pandemia sulla salute mentale degli HCW sono elevati. I risultati dello studio di Akova et al. (2002) sono sovrapponibili a quelli osservati nel nostro lavoro. Tra gli HCW, il 56.7% aveva moderati o alti livelli di esaurimento emotivo, il 35.8% presentava una depressione di grado elevato, il 31.9% alti livelli di ansia e il 33.3% assenza di speranza.

I livelli di fatica della compassione durante il periodo di COVID-19 si sono mostrati, invece, più elevati rispetto a quelli osservati nel nostro studio. La presenza di dati superiori al Cut-off della CS ha raggiunto in alcuni studi il 98.3% dei HCW coinvolti nella ricerca (Azizkhani et al., 2022). La percentuale di valori con livelli moderati di BO ha raggiunto il 76.6%. Risultati analoghi sono stati osservati in tutte le tre componenti del ProQoL e del punteggio del benessere emotivo.

Durante il periodo di COVID-19, nei HCW elevati livelli di stress percepito erano associati alle variabili negative nelle relazioni familiari, mentre erano associati positivamente alla coesione familiare e ai livelli di stress dei membri della famiglia (Chua et al., 2021).

Una review recente ha riscontrato un incremento del tasso di burnout, delle dimensioni emotive, della depersonalizzazione e della fatica della compassione e con livelli di soddisfazione della compassione simili a quelli precedenti alla pandemia. Nello stesso studio è stato sottolineato che tra i principali fattori di rischio sono indicati il sesso femminile, il lavoro di infermiere e di tutti gli HCW che operavano in stretto contatto con i pazienti COVID-positivi (Lluch et al., 2022). Anche in un lavoro di Gillen et al. (2022) sono stati valutati i dati raccolti in diversi HCW in tre periodi differenti durante il COVID-19: è stato riscontrato che il punteggio medio della valutazione del benessere era più basso rispetto al periodo prepandemico.

I dati ottenuti nel gruppo dei medici e degli psicologi, sebbene sovrapponibili a quelli di studi precedenti durante la pandemia da COVID-19 (Myran et al., 2022; Azoulay et al., 2021; Bansal et al., 2020), sono, tuttavia, limitati dal ridotto numero di partecipanti. Risulta, quindi, necessario approfondire lo studio attraverso un confronto con la gestione di paziente di età inferiore a 65 anni e con un numero di partecipanti più adeguato.

5. Conclusioni

La pandemia virale COVID-19 sta avendo un impatto importante sul benessere psicologico, fisico e lavorativo dei caregiver delle persone affette da disturbi psicotici. Il carico assistenziale diventa ancora più importante quando si devono gestire pazienti anziani, affetti spesso da patologie concomitanti. Il nostro piccolo studio osservazionale ha confermato questa incidenza osservata in studi precedenti, evidenziando anche alti livelli di ansia e stress negli operatori sanitari. Tutte le figure professionali sono coinvolte e sopraffatte dal carico gestionale. Ma alcuni HCW risentono maggiormente del carico lavorativo, come gli infermieri e gli OSS. È stato osservato che le persone con un numero più elevato di anni di educazione sono maggiormente protetti dal carico gestionale, ma presentano un incremento della assenza di speranza al termine del periodo osservazionale. La gestione del paziente psichiatrico anziano è complessa, ma la capacità di intercettare gli elementi di stress e i primi segnali di disagio psicologico permette di mettere in atto precocemente interventi psicologici mirati. Un gruppo di lavoro con ridotti livelli di stress e di ansia e con una maggiore “idea” di speranza consente una migliore gestione del paziente psichiatrico anziano.

Funding

The author(s) received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

Bibliografia

Adams RE, Boscarino JA, Figley CR. Compassion fatigue and psychological distress among social workers: a validation study. *Am J Orthopsychiatry*. 2006 Jan; 76(1):103-8.

Akova İ, Kiliç E, Özdemir ME. Prevalence of Burnout, Depression, Anxiety, Stress, and Hopelessness Among Healthcare Workers in COVID-19 Pandemic in Turkey. *Inquiry*. 2022 Jan-Dec;59:469580221079684.

Alam S, Hannon B, Zimmermann C. Palliative Care for Family Caregivers. *J Clin Oncol*. 2020 Mar 20;38(9):926-936.

- Arunrasameesopa S, Wongpakaran N, Wongpakaran T. Influence of Attachment Anxiety on the Relationship between Loneliness and Depression among Long-Term Care Residents. *Healthcare*. 2021;9(12):1675.
- Azizkhani R, Heydari F, Sadeghi A, Ahmadi O, Azimi Meibody A. Professional quality of life and emotional well-being among healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Iran. *Front Emerg Med*. 2021;6(1):e2.
- Azoulay E, Cariou A, Bruneel F, Demoule A, Kouatchet A, Reuter D, Souppart V, Combes A, Klouche K, Argaud L, Barbier F, Jourdain M, Reignier J, Papazian L, Guidet B, Géri G, Resche-Rigon M, Guisset O, Labbé V, Mégarbane B, Van Der Meersch G, Guitton C, Friedman D, Pochard F, Darmon M, Kentish-Barnes N. Symptoms of Anxiety, Depression, and Peritraumatic Dissociation in Critical Care Clinicians Managing Patients with COVID-19. A Cross-Sectional Study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2020 Nov 15;202(10):1388-98.
- Bansal P, Bingemann TA, Greenhawt M, Mosnaim G, Nanda A, Oppenheimer J, Sharma H, Stukus D, Shaker M. Clinician Wellness During the COVID-19 Pandemic: Extraordinary Times and Unusual Challenges for the Allergist/Immunologist. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2020 Jun;8(6):1781-1790.e3.
- Beck AT. Beck hopelessness scale. The Psychological Corporation, San Antonio, 1988.
- Brown NW. Psychoeducational Groups: Process and Practice - 4th Edition. Taylor and Francis, 2018.
- Bruera E, Higginson IJ., von Gunten CF, Morita T. Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care; 3rd Edition. CRC Press; 3^o ed, 2021.
- Chua GT, Tung KTS, Kwan MYW, Wong RS, Chui CSL, Li X, Wong WHS, Tso WWY, Fu KW, Chan KL, Wing YK, Chen EYH, Chun Lee TM, Rao N, Chan GCF, Hon EKL, Hung IFN, Lau KK, Ho MHK, Wong K, Xiong X, Chi S, Tang ST, Tam PKH, Wong ICK, Ip P. Multilevel factors affecting healthcare workers' perceived stress and risk of infection during COVID-19 pandemic. *Int J Public Health*. 2021 Mar 5;66:599408.
- Chung S, Kim HJ, Ahn MH, Yeo S, Lee J, Kim K, Kang S, Suh S, Shin YW. Development of the stress and anxiety to viral epidemics-9 (SAVE-9) scale for assessing work-related stress and anxiety in healthcare workers in response to viral epidemics. *J Korean Med Sci* 2021;36(47):e319.
- Dekkers A. A psychology of human dignity. Rudolf Steiner Pr, 2015.
- Etters L, Goodall D, Harrison BE. Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. *J Am Acad Nurse Pract*. 2008 Aug;20(8):423-8.
- Fountoulakis KN et al. Results of the COVID-19 mental health international for the general population (COMET-G) study. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2022 Jan;54:21-40.
- Franza F, Basta R, Solomita B, Conte G, Vacca A, Chung S, Tavormina G. Anxiety and burnout in alzheimer's caregivers in COVID-19 pandemic. *J Neurol Sci*. 2021 Oct;429:119961. doi: 10.1016/j.jns.2021.119961.
- Franza F, Vacca A, Basta R, Solomita B. Potential effects of hope and expectations in caregivers on the clinical care of psychiatric patients during the COVID-19 pandemic. E-Poster - 21st WPA World Congress of Psychiatry 2021.

- Franza F, Solomita B, Tavormina G. Loneliness and Hopelessness: Their Role in the Depressive Cases during the COVID Pandemia. *Psychiatr Danub.* 2021 Sep;33(Suppl 9):14-7.
- Franza F, Basta R, Pellegrino F, Solomita B, Fasano V. The Role of Fatigue of Compassion, Burnout and Hopelessness in Healthcare: Experience in the Time of COVID-19 Outbreak. *Psychiatr Danub.* 2020 Sep;32(Suppl 1):10-4.
- Franza F. Practice ed etica in psichiatria. Esiste un'etica della dignità in psichiatria? *Telos* 2017;1:41-61
- Franza F, Carpentieri G, De Guglielmo S, Del Buono G, Fiorentino N, Perito M, Solomita B, Fasano V. Burnout in Families. The Emotional Burden of the "Traumatized" Families. *J Fam Med Dis Prev.* 2016;2:040
- Franza F, Del Buono G, Pellegrino F. Psychiatric caregiver stress: clinical implications of compassion fatigue. *Psychiatr Danub.* 2015 Sep;27 Suppl 1:S321-7.
- Franza F, Aquino K, Fasano V, Soddu A, Fiorentino N, Mazziotti di Celso R, Calabrese L, Iandoli MR, Battista A. Efficacy, tolerability, and remission in switching antipsychotics study: nineteen years of schizophrenia. *European Psychiatry* 2013;28(Suppl. 1):1.
- Gillen P, Neill RD, Manthorpe J, Mallett J, Schroder H, Nicholl P, Currie D, Moriarty J, Ravalier J, McGrory S, McFadden P. Decreasing Wellbeing and Increasing Use of Negative Coping Strategies: The Effect of the COVID-19 Pandemic on the UK Health and Social Care Workforce. *Epidemiologia.* 2022; 3(1):26-39.
- Gillick MR. *The Caregiver's Encyclopedia: A Compassionate Guide to Caring for Older Adults.* E-book edition. Johns Hopkins Univ Pr, 2020.
- Gluyas H. Patient-centred care: improving healthcare outcomes. *Nurs Stand.* 2015 Sep 23;30(4):50-7; quiz 59.
- Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granström O, De Hert M. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Ther Adv Psychopharmacol* 2013;3(4):200-18.
- Hosseini L, Sharif Nia H, Ashghali Farahani M. Hardiness in Family Caregivers During Caring From Persons With Alzheimer's Disease: A Deductive Content Analysis Study. *Front Psychiatry.* 2022 Jan 5;12:770717.
- Hovland CA, Mallett CA. Family caregivers for older persons with dementia offer recommendations to current caregivers: a qualitative investigation. *J Res Nurs* 2021;26:796-806.
- Johnson MJ, Allgar V, Macleod U, Jones A, Oliver S, Currow D. Family Caregivers Who Would Be Unwilling to Provide Care at the End of Life Again: Findings from the Health Survey for England Population Survey. *PLoS One* 2016;11(1):e0146960.
- Kane JM, Correll CU. Optimizing Treatment Choices to Improve Adherence and Outcomes in Schizophrenia. *J Clin Psychiatry.* 2019 Sep 17;80(5):IN18031AH1C.

- Kent EE, Rowland JH, Northouse L, Litzelman K, Chou WY, Shelburne N, Timura C, O'Mara A, Huss K. Caring for caregivers and patients: Research and clinical priorities for informal cancer caregiving. *Cancer* 2016;122:1987-95.
- Keating M, McDermott A, Montgomery K. *Patient-centred Health Care: Achieving Co-ordination, Communication and Innovation*. Palgrave Macmillan ed, 2016.
- Lai C, Luciani M, Galli F, Morelli E, Cappelluti R, Penco I, Aceto P, Lombardo L. Attachment style dimensions can affect prolonged grief risk in caregivers of terminally ill patients with cancer. *Am J Hosp Palliat Care* 2015;32:855-60.
- Lluch C, Galiana L, Doménech P, Sansó N. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Burnout, Compassion Fatigue, and Compassion Satisfaction in Healthcare Personnel: A Systematic Review of the Literature Published during the First Year of the Pandemic. *Healthcare (Basel)*. 2022 Feb 13;10(2):364.
- Luxford K, Piper D, Dunbar N, Poole N. Patient-centred care: improving quality and safety by focusing care on patients and consumers discussion paper draft for public consultation. www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/PCCC-DiscussPaper.pdf
- Lynch SH, Shuster G, Lobo ML. The family caregiver experience - examining the positive and negative aspects of compassion satisfaction and compassion fatigue as caregiving outcomes. *Aging Ment Health*. 2018 Nov;22(11):1424-1431.
- Maj M, van Os J, De Hert M, Gaebel W, Galderisi S, Green MF, Guloksuz S, Harvey PD, Jones PB, Malaspina D, McGorry P, Miettunen J, Murray RM, Nuechterlein KH, Peralta V, Thornicroft G, van Winkel R, Ventura J. The clinical characterization of the patient with primary psychosis aimed at personalization of management. *World Psychiatry* 2021;20:4-33.
- Martín J, Padierna Á, Villanueva A, Quintana JM. Evaluation of the mental health of health professionals in the COVID-19 era. What mental health conditions are our health care workers facing in the new wave of coronavirus? *Int J Clin Pract*. 2021 Oct;75(10):e14607.
- Masand PS. A review of pharmacologic strategies for switching to atypical antipsychotics. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2005;7(3):121-9.
- Minò MV, Vacca A, Colizzi I, Solomita B, Franza F, Tavormina G. The effect of the pandemic on the care of patients with mental disorders: measure of "compassion fatigue" and "burn-out" in the operator. *Psychiatr Danub* 2021;33(Suppl 9):114-8.
- Myran DT, Cantor N, Rhodes E, Pugliese M, Hensel J, Taljaard M, Talarico R, Garg AX, McArthur E, Liu CW, Jeyakumar N, Simon C, McFadden T, Gerin-Lajoie C, Sood MM, Tanuseputro P. Physician health care visits for mental health and substance use during the COVID-19 pandemic in Ontario, Canada. *JAMA Netw Open*. 2022 Jan 4;5(1):e2143160.

- NIHM. Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: National Findings. U.S. Department of Health and Human Services. Office of Applied Studies, NSDUH Series H-36, HHS Publication No. SMA 09-4434. Rockville, MD, 2009.
- Novak M & Guest C. *Gerontologist* 1989; 29: 798-803.
- Orimo HI, Hideki S, Takao A, Atsushi H, Takayuki S. Reviewing the definition of “elderly”. *Geriatrics and Gerontology International* 2006;6(3):149-158.
- Patton MQ. *Qualitative Research and Evaluation Methods*, 4th edn. Thousand Oaks, CA: Sage; 2015.
- Paudel S, Dahal R, Mathias J, Arjyal S, Markovic L. Evaluation of risk factors for antipsychotic polypharmacy in inpatient psychiatry units of a community hospital: a retrospective analysis. *Community Ment Health J*. 2019 Jul;55(5):750-4.
- Piercy H, Kelly S, Wills M, Croston M. Psychological impact of caring during the COVID-19 pandemic on HIV nurses. *Br J Nurs*. 2022 Jan 13;31(1):S10-S15.
- Poppe C, Schweikert K, Kronen T, Wangmo T. Supportive needs of informal caregivers of people with amyotrophic lateral sclerosis in Switzerland: a qualitative study. *Palliat Care Soc Pract* 2022; 28;16:26323524221077700.
- Rhee TG, Rosenheck RA. Does improvement in symptoms and quality of life in chronic schizophrenia reduce family caregiver burden? *Psychiatry Res*. 2019 Jan;271:402-4.
- Rodolico A, Bighelli I, Avanzato C, Concerto C, Cutrufelli P, Mineo L, Schneider-Thoma J, Sifakis S, Signorelli MS, Wu H, Wang D, Furukawa TA, Pitschel-Walz G, Aguglia E, Leucht S. Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2022;9:211-21.
- Sheerin F, Allen AP, Fallon M, McCallion P, McCarron M, Mulryan, Chen Y. Staff mental health while providing care to people with intellectual disability during the COVID-19 pandemic. *Brit J Learning Disabilities*. 2022:1-11.
- Shiraishi N, Reilly J. Positive and negative impacts of schizophrenia on family caregivers: a systematic review and qualitative meta-summary. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2019 Mar;54(3):277-90.
- Singh S, Bajorek B. Defining 'elderly' in clinical practice guidelines for pharmacotherapy. *Pharm Pract (Granada)* 2014;12(4):489.
- Strunoiu LM, Duțescu MM, Strunoiu CM, Alexandru DO, Pîrlog MC, Tica AA. The effect of switching to Long-Acting Injection (LAI) antipsychotic therapy on patients with schizophrenia. *Curr Health Sci J*. 2021 Apr-Jun;47(2):237-48.
- Swartz K, Collins LG. Caregiver Care. *Am Fam Physician* 2019;99:699-706.
- Tavormina G et al. New rating scale (SAVE-9) to demonstrate the stress and anxiety in the healthcare workers during the COVID-19 viral epidemic. *Psychiatr Danub*. 2020 Sep;32(Suppl 1):5-9.

- Tegan G. Exploratory Research | Definition, Guide, & Examples. Published on December 6, 2021. Revised on March 10, 2022. <https://www.scribbr.com/methodology/exploratory-research/>
- Tortorella A. We should improve personalization of management in patients with a diagnosis of schizophrenia. *J Clin Med*. 2021 Dec 30;11(1):184.
- Vacca A, Minò MV, Colizzi I, Solomita B, Longo R, Franza F, Tavormina G. The emotional impact of the operator in the care of patients with mental disorders during the pandemic: measure of interventions on compassion fatigue and burn-out. *Psychiatr Danub* 2021;33(Suppl 9):108-13.
- Valero-Cantero I, Casals C, Carrión-Velasco Y, Barón-López FJ, Martínez-Valero FJ, Vázquez-Sánchez MÁ. The influence of symptom severity of palliative care patients on their family caregivers. *BMC Palliat Care* 2022;21:27.
- Velligan DI, Sajatovic M, Hatch A, Kramata P, Docherty JP. Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. *Patient Prefer Adherence*.2017;11:449-68.
- Verdolini N, Amoretti S, Mezquida G, Cuesta MJ, Pina-Camacho L, García-Rizo C, Lobo A, González-Pinto A, Merchán-Naranjo J, Corripio I, Salagre E, Baeza I, Bergé D, Garriga M, Bioque M, Vallespir C, Serra M, Vieta E, Bernardo M. The effect of family environment and psychiatric family history on psychosocial functioning in first-episode psychosis at baseline and after 2 years. *Eur Neuropsychopharmacol* 2021;49:54-68.
- Weinmann S, Janssen B, Gaebel W. Switching antipsychotics in inpatient schizophrenia care: predictors and outcomes. *J Clin Psychiatry* 2004;65(8):1099-105.
- WHO, Geneva: Switzerland; 2010 [accessed]. World Health Organisation. Definition of an older or elderly person. <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>
- WHO. Mental Disorders. 2019. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Yamane D, Zarabian K, Devine K, Benjenk I, Farrar K, Park OL, Kim J, Davison D, Heinz E. Hospital-based healthcare worker perceptions of personal risk related to COVID-19: one year follow-up. *J Am Board Fam Med*. 2022 Mar-Apr;35(2):284-294
- Yildiz M. Psychosocial rehabilitation interventions in the treatment of schizophrenia and bipolar disorder. *Noro Psikiyatr Ars* 2021;58(Suppl 1):S77-S82.