

Il Covid-19 e la salute mentale. Una riflessione sull'impatto della pandemia sulla popolazione e sugli operatori sanitari.

Elena Tenconi

Dipartimento di Neuroscienze, Padova Neuroscience Center, Università degli Studi di Padova

Sinossi: il lavoro qui presentato vuole essere una riflessione sugli ultimi due anni di convivenza con un virus che è stato capace, nostro malgrado, di mettere in discussione in poche settimane tutte le nostre certezze e i nostri automatismi, facendoci tornare indietro di qualche secolo, all'epoca della peste nera, con il distanziamento sociale, la quarantena, le cure sperimentali. Abbiamo tutti esperito una compromissione della nostra "base sicura" e un'interruzione drastica della nostra scontata e rassicurante "routine". La pandemia di Covid-19 ci ha obbligati ad una difficile sfida, chiedendo di adattarci ad una realtà mai esperita, dove l'unica cosa sicura sembrava l'immensa incertezza in cui l'intero pianeta versava. Alcuni di noi, soprattutto le persone più fragili e i professionisti della sanità che per professione si sono trovati catapultati in prima linea nella lotta contro un virus invisibile ad altissima contagiosità, per il quale non esisteva una cura, né una prevenzione, stanno pagando il prezzo più caro. Alla luce di queste considerazioni si è delineata la cronistoria del virus, si sono esaminati gli studi che stanno indagando l'impatto della pandemia sulla salute mentale sia sulla popolazione generale, che sugli operatori sanitari, con una riflessione su come poter intervenire in questo contesto chiamando in aiuto le risorse esterne, ambientali e la nostra forza interna (resilienza) e le nostre risorse personali (Pfefferbaum et al., 2020; Taquet et al., 2021).

Parole chiave: Covid-19, pandemia, disturbi psichiatrici, operatori sanitari, SARS-CoV-2

Abstract: this is a reflection on our last two years of cohabitation with this virus, which in a few weeks managed to call into question all our certainties and automatisms, causing us to go back a few centuries, to the time of the Black Death, with social distancing, quarantine and experimental treatments. We have all experienced a compromise of our 'secure base' and a substantial interruption of our habitual and comforting 'routine'. The Covid-19 pandemic forced us into a difficult challenge, asking us to adapt to a reality we had never experienced, where the only sure thing seemed to be the great uncertainty that the whole planet was experiencing. Some of us, especially the (psychiatric) high-risk people and health workers who by profession found themselves thrown into the front line in the fight against an invisible and highly contagious virus, for which there was no treatment or prevention, are paying the highest price. In the light of these considerations, the history of the virus was outlined, and studies investigating the impact of the pandemic on the mental health of both the general population and health workers were examined, with a reflection on how to intervene in this context by calling on external and environmental resources and on our internal strength (resilience) and personal resources.

Keywords: Covid-19. Pandemic, psychiatric disorders, healthcare workers, SARS-CoV-2

Breve cronistoria dell'infezione SARS-CoV-2

Il Covid-19 è un'infezione di natura infettiva che può determinare una grave sindrome respiratoria acuta (SARS). Nel dicembre 2019, nella città cinese di Whuan, compaiono i primi casi affetti da una grave forma di polmonite, ad eziologia ignota. Il 7 gennaio 2020 in Cina viene identificato un nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2), ritenuto all'origine della malattia respiratoria successivamente denominata Covid-19. Il 30 gennaio l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dichiara l'epidemia di Covid-19 della Cina un'emergenza internazionale di salute pubblica. Da quel momento il virus, data la sua elevata contagiosità, inizia la sua rapida diffusione interessando l'intero pianeta. L'11 febbraio 2020 viene denominato Covid-19 e il 28 febbraio la minaccia di epidemia di Covid-19 a livello mondiale viene dichiarata "molto alta". L'11 marzo il direttore generale dell'OMS Tedros Adhanom Ghebreyesus dichiara lo stato di pandemia a livello mondiale. (WHO, 2020). Nel caso, infatti, in cui il contagio di un nuovo virus superi i confini di una specifica area geografica, diffondendosi in più continenti o in diverse aree del pianeta, l'epidemia diviene pandemia (Istituto Superiore di Sanità, 2020). Al fine di contenere la diffusione del virus la maggior parte dei Paesi decide di imporre drastiche misure di contenimento ("lockdown") a tutta la popolazione; in particolare vengono vietati gli spostamenti, si impone un coprifuoco serale, si chiudono tutte le attività commerciali non essenziali e si obbliga all'isolamento chi ha contratto il virus e alla quarantena i contatti stretti (per un approfondimento sui documenti ufficiali resi pubblici nelle diverse tappe dell'azione strategica adottata dall'Italia e dal Mondo nel tentativo di contrastare l'epidemia da Covid-19 vedere Ministero della Salute, Istituto Superiore della Sanità, 18 ottobre 2020).

Attualmente l'infezione da Covid-19 rappresenta l'emergenza sanitaria globale più significativa dell'ultimo secolo (OMS, 2021) con 236.132.082 casi confermati di infezione dall'inizio della pandemia e 4.822.472 morti. I primi casi di infezione in Italia sono stati due turisti cinesi a Roma il 30 gennaio 2020, seguiti da un focolaio di infezioni nell'hinterland milanese (21 febbraio) con i primi decessi, uno in provincia di Lodi e uno da Vò Euganeo, in provincia di Padova. L'Italia è stata colpita duramente dal virus SARS-CoV-2, attualmente i casi confermati nel nostro Paese sono 4.692.274 con 131.198 morti, il numero più elevato tra i Paesi europei (Health Emergency Dashboard, 8 ottobre 2021).

Il virus SARS-CoV-2 appartiene alla famiglia dei Coronavirus, virus a RNA a singolo filamento a polarità positiva e composto da glicoproteine che conferiscono il tipico aspetto simile ad una "corona", da cui il nome. Si ritiene che il principale serbatoio dei coronavirus sia rappresentato dai pipistrelli e il passaggio all'uomo sia stato l'esito di un evento di spillover (Umakanthan et al., 2020). L'epicentro della trasmissione è stato identificato nel mercato del pesce di Huanan dove vigono scarse condizioni igieniche con mescolanza di persone e animali selvatici (Chen et al., 2020). La trasmissione del virus avviene principalmente per via aerea tramite droplet e aerosol da una persona infetta quando tossisce, starnutisce, parla, o respira in prossimità di altre persone. La trasmissione può avvenire anche per contatto con le mucose orali, nasali ed oculari. Il virus è stato isolato anche nel sudore, nelle urine e nelle feci, con possibilità di trasmissione attraverso altre vie. Può sopravvivere, a seconda del tipo di superficie, per poche ore (rame, cartone) fino a qualche giorno (plastica e acciaio inossidabile). Il periodo di incubazione¹ va da 1 a 14 giorni, con un tempo medio stimato intorno a 5 giorni. Il 98% degli infetti sviluppa i sintomi entro 11-12 giorni dal contatto (Wiersinga et al., 2020/). Chi contrae il virus manifesta più frequentemente sintomi aspecifici, quali febbre, mialgia, tosse, mal di gola, anosmia, ageusia, nausea/vomito, diarrea, la malattia può tuttavia evolvere in polmonite interstiziale, insufficienza respiratoria e shock settico, con insufficienza multiorgano. Il Covid-19 è una patologia potenzialmente grave, soprattutto in persone anziane e con comorbidità (in particolare ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica, diabete e demenza). Secondo l'Istituto Superiore di Sanità il Covid-19 presenta una letalità del 2,4% (1,2% per positivi di età inferiore ai 50 anni), l'età media dei pazienti deceduti per Covid-19 è 80 anni (range 0-109), di cui il 43,5% donne. Se da un lato le donne sembrano più colpite dal contagio, esse sembrano anche difendersi meglio, infatti la malattia si manifesta con maggior gravità negli uomini. Le donne presentano meno complicanze e hanno una minore mortalità;

¹ Il tempo che intercorre tra l'esposizione al virus e l'insorgenza dei sintomi

tuttavia, hanno un rischio raddoppiato di sviluppare i sintomi a lungo termine (Long Covid) nella fascia di età tra i 40 e i 50 anni (Palmieri et al., 2021). Tra i farmaci testati per contrastare la malattia il desametasone sembra ridurre il tasso di mortalità nel primo mese, gli antimalarici inizialmente ritenuti utili si sono successivamente dimostrati non efficaci, mentre sembra promettente l'impiego degli anticorpi monoclonali che tuttavia sembrano efficaci solo se somministrati nelle fasi precoci della malattia. Promettente, ma ancora sperimentale, è l'impiego del plasma iperimmune, ottenuto da persone che hanno contratto il virus. Dalla pubblicazione della sequenza genetica del virus l'11 gennaio 2020, scienziati, case farmaceutiche e organizzazioni in tutto il mondo hanno lavorato per trovare un vaccino efficace contro il Covid-19. Il vaccino è un farmaco che stimola il sistema immunitario a produrre anticorpi, deputati a combattere i microrganismi causa di malattia, come se si stesse affrontando un'infezione, senza tuttavia averla contratta. La vaccinazione rende il corpo capace di riconoscere, attraverso lo sviluppo della memoria immunologica, l'agente estraneo contro cui il vaccino è diretto e di innescare una risposta immunitaria. In meno di un anno (dicembre 2020) l'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) ha acconsentito all'autorizzazione condizionata ad un primo vaccino a RNA messaggero (mRNA) (Comirnaty, della ditta BioNTech/Pfizer), seguita poco dopo (6 gennaio 2021) da una seconda autorizzazione condizionata per il vaccino Spikevax, prodotto da Moderna. Entrambi questi vaccini si basano sulla tecnologia a mRNA, senza che venga realmente introdotto nelle cellule il virus, ma solo l'informazione genetica necessaria affinché l'organismo possa costruirsi copie della proteina. Il processo di sviluppo dei vaccini contro il Covid-19 ha seguito un'accelerazione senza precedenti a livello mondiale. La loro efficacia è stata stimata intorno al 92% nel prevenire l'infezione, al 94% per la malattia sintomatica, all'87% per l'ospedalizzazione e al 92% per lo sviluppo di malattia grave (Dagan et al., 2021). Ad oggi si sono somministrate circa 6.262.445.422 dosi di vaccino nel mondo (Health Emergency Dashboard, 7 ottobre 2021).

Le misure di contenimento e il distanziamento sociale

Dalla dichiarazione dell'OMS dello stato di emergenza mondiale dovuto alla pandemia da Covid-19, i governi nazionali hanno attivato misure più o meno restrittive di contenimento, coerentemente con il grado di diffusione del virus nei diversi Paesi, con l'obiettivo di proteggere la salute pubblica contenendo la diffusione dei contagi e garantendo un adeguato supporto sanitario ai contagiati.

I provvedimenti attuati prevedevano un'azione a diversi livelli:

- Misure protettive personali (igiene delle mani, come starnutire e tossire, l'utilizzo di dispositivi di protezione individuali quali mascherina chirurgica e guanti monouso);
- Misure ambientali (messa a disposizione libera di gel disinfettante, riduzione dei posti nei mezzi di trasporto pubblico al fine di ridurre gli assembramenti);
- Misure di distanziamento fisico e sociale (mantenere sempre una certa distanza peripersonale, isolamento dei casi positivi, quarantena per i contatti diretti).

L'Italia è stato il primo Paese, dopo la Cina, in cui la pandemia da SARS-CoV-2 si è diffusa esponenzialmente in tempi brevissimi. Il 9 marzo 2020 l'allora Presidente del Consiglio dei Ministri Giuseppe Conte annuncia in una conferenza stampa le misure restrittive adottate dal nostro Paese al fine di contenere la catastrofe sanitaria che colpirà non solo l'Italia, ma tutto il mondo, modificando drasticamente e in modo inimmaginabile le vite, la produttività, le attività e le relazioni sociali di tutti noi. Il primo Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) impone un "lockdown" totale con la chiusura di scuole, università, attività commerciali, la proibizione di uscire dalle proprie abitazioni, se non per ragioni di stretta necessità, e comunque muniti di autocertificazione (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 64 dell'11 marzo 2020). Tali drastiche misure di contenimento su larga scala hanno alterato drammaticamente e senza preavviso la routine quotidiana di tutti noi, il lavoro, i viaggi e le attività del tempo libero. Non solo, situazioni precedentemente neutre o addirittura piacevoli, si sono trasformate in situazioni potenzialmente pericolose: una stretta di mano, un abbraccio, il solo andare al cinema o al ristorante, a scuola, a messa (Gloster et al., 2020).

La quarantena, strumento molto in voga in epoca medievale per debellare la peste nera del 1347 e del 1630, rappresenta una delle misure al contempo più estreme e più efficaci per il contenimento e la

prevenzione della diffusione di un agente virale (Brooks et al., 2020). Il termine quarantena si riferisce all'isolamento di persone sane entrate in contatto con un agente infettivo e per questo potenzialmente infette, con l'obiettivo di monitorare l'eventuale comparsa dei sintomi e garantire l'identificazione precoce dei casi, al fine di bloccare la diffusione dei contagi nella popolazione (Brooks et al., 2020). Le misure di confinamento sociale, seppur efficaci nel contenere la diffusione del virus, si sono dimostrate potenzialmente dannose per la salute, soprattutto mentale, degli individui. Già in occasione dell'epidemia da SARS nel 2003 si era evidenziato come, in particolare nei giovani e nei bambini, non tanto la pandemia, quanto soprattutto le misure di contenimento sociale (la quarantena), avessero aumentato l'incidenza di disturbo da stress post-traumatico (Sprang e Silman, 2013). I rischi per la salute psicologica degli individui sottoposti a quarantena ed isolamento sociale sono maggiori se accompagnati da una serie di fattori, quali (Brooks et al., 2020; Fiorillo e Gorwood, 2020):

- Prolungati periodi di isolamento sociale;
- Elevato timore di venire contagiati;
- Affettività negativa (frustrazione, disagio, noia, solitudine, incertezza);
- Accesso continuo ad informazioni inadeguate;
- Mancanza di adeguata assistenza sanitaria;
- Perdite finanziarie;
- Stigma sociale.

Sia nella popolazione generale, sia soprattutto in chi già soffre di un disturbo psichiatrico, alcuni fattori quali la paura, l'isolamento e il distanziamento fisico, sono risultati esacerbare gli affetti avversi della pandemia da Covid-19 sulla salute psichica (Yao et al., 2020). I sentimenti di disagio e solitudine possono a loro volta rappresentare fattori di aumentato rischio per lo sviluppo di disturbi psichiatrici, così come il venir meno del supporto sociale, fattore protettivo fondamentale del disagio psichico in condizioni di emergenza (Benke et al., 2020). Il periodo post-lockdown ha in alcuni casi evidenziato il persistere dell'evitamento sociale e dell'isolamento, nonostante non fosse più richiesto come misura di contenimento della diffusione del virus, ostacolando un completo ritorno alla normalità (Brooks et al., 2020). Un altro importante aspetto potenzialmente negativo per il benessere psicologico, è rappresentato proprio dalla paura di contrarre l'infezione, soprattutto per la fascia più anziana della popolazione (a maggior rischio clinico) e per chi ha figli, sia per il rischio di trasmettere il virus ai propri figli, sia per il timore di trovarsi nella condizione di essere impossibilitati ad occuparsi di loro, qualora infettati.

L'OMS, in seguito al fenomeno verificatosi durante l'epidemia da Covid-19 nell'ambito della quale si è assistito, da parte dei media, ad un "contagio" di informazioni a contenuto soprattutto angosciante, terrorizzante e catastrofico, ha introdotto il termine "infodemia", intendendo il susseguirsi di notizie, spesso contrastanti, relative al virus e alle modalità ed entità della sua diffusione. La popolazione (anche a seguito di linee guida poco chiare o di difficile comprensione) diviene vittima di un continuo susseguirsi di notizie particolarmente catastrofiche, inattendibili, in rapido cambiamento, che finiscono per alimentare la paura e l'angoscia, oltre ad esacerbare il generale stato di incertezza. Da qui l'importanza, durante le crisi, di rilasciare regolari aggiornamenti ufficiali e monitorare attentamente quanto diffuso dai social media al fine di contenere il più possibile l'esposizione ad informazioni inattendibili responsabili di aumentare l'angoscia e lo smarrimento, solitamente associati a comportamenti dettati dall'urgenza emotiva, più che dal buon senso e dalla ragione (Purgato et al., 2018). Infine, a compromettere ulteriormente il benessere psicologico e mentale della popolazione interviene anche l'azione negativa della "stigmatizzazione sociale" nei confronti di chi ha contratto il virus o di chi è stato sottoposto ad un periodo di quarantena, conferendo ai positivi una sorta di colpevolizzazione e giudizio negativo.

Il Covid-19 e l'impatto sulla salute fisica e psichica

Gli studi sugli esiti del virus SARS-CoV-2 hanno evidenziato sia la compromissione organica, sia la possibile insorgenza di patologie neurologiche e/o psichiatriche. Per quanto riguarda il coinvolgimento somatico, si sono riscontrati: neurotropismo, alterazione della coagulazione, insieme ad un'alterazione della risposta immunitaria. Il coinvolgimento del sistema nervoso centrale ad opera del Covid-19 con

l'imponente rilascio di citochine e di mediatori dell'infiammazione, già da tempo associati ai disturbi psichiatrici, potrebbe spiegare la maggiore incidenza di questi ultimi nei pazienti guariti dal virus (Benedetti et al., 2020). Secondo alcuni vi sarebbe una relazione tra sintomatologia psichiatrica, saturazione dell'ossigeno e i livelli di alcuni marker di infiammazione, quali la proteina C reattiva (un elevato PCR è segno di infiammazione sistemica), il neutrofili/linfociti ratio (NLR, rapporto tra neutrofili e linfociti), il monociti/linfociti ratio (MLR, rapporto tra monociti e linfociti) e il "systemic immune-inflammation index" (SII, dato da piastrine x neutrofili/linfociti). Sembra esservi una diretta correlazione tra SII e alterazione dell'umore, presenza di ansia e disturbi del sonno (Mazza et al., 2020). L'indice SII rappresenta un importante marker spesso associato ai disturbi dello spettro depressivo, da alcuni ritenuto una prova a favore della teoria infiammatoria sistemica (basata sui livelli di SII) nella genesi della patologia depressiva (Mazza et al., 2020). Si è inoltre riscontrata un'associazione tra l'infezione SARS-CoV-2 e alcune sequele neurologiche, quali ictus ischemico (rischio raddoppiato) ed emorragia cerebrale (rischio quadruplicato). Tale associazione sembra vera soprattutto per i pazienti ospedalizzati e con encefalopatia da Covid-19 (Taquet et al., 2021). Si è riscontrata inoltre un'associazione significativa tra Covid-19 e demenza e tra Covid-19 e disturbi psicotici (HR² 5,62). Altre associazioni significative sono con i disturbi d'ansia (HR 1,78) e dell'umore (HR 1,78); si è infine osservato un aumentato rischio di abuso di sostanze (Taquet et al., 2021). Sembra che le donne, i pazienti trattati a domicilio e chi ha una storia già nota per disturbo psichiatrico (in particolare depressione, disturbo d'ansia generalizzata e/o disturbo da attacchi di panico) abbiano maggiormente risentito degli esiti dell'infezione (Mazza et al., 2020).

I disastri del passato, sia traumatici (attacchi terroristici), sia naturali (uragani, terremoti, tsunami), sia ambientali (l'avaria alla piattaforma petrolifera nel Golfo del Messico nel 2010), hanno sortito un significativo aumento di depressione, ansia, disturbo post-traumatico, abuso di sostanze, disturbi del comportamento, violenza domestica e abuso infantile (Neria et al., 2008). Anche l'infezione da SARS è stata associata ad un aumento di stress, disturbo post-traumatico da stress, sia nei pazienti, che nel personale sanitario (Lee et al., 2007). Eventi di tale portata determinano un duplice impatto sulla salute mentale della popolazione, sia nell'immediato, sia nel lungo termine. Le meta-analisi che hanno indagato l'impatto del Covid-19 sulla salute mentale hanno rilevato un aumento significativo di ansia, depressione, sintomatologia post-traumatica e disturbi del sonno. Salari e colleghi (2020) analizzano i risultati di 17 studi e nel complesso riportano come mentre in Asia si registri una maggior prevalenza di sintomatologia ansiosa, in Europa sembra prevalente la reazione depressiva e post-traumatica. Concentrandoci più specificatamente sulla realtà italiana, Castelli e colleghi (2020) trovano tassi del 20% per il disturbo da stress post-traumatico, del 69% per il disturbo d'ansia e del 31% per i sintomi depressivi. I fattori di aumentato rischio per lo sviluppo di sintomatologia post-traumatica ed affettiva sono risultati l'appartenere al sesso femminile, basso status socio-economico, la presenza di conflitti interpersonali, il frequente uso dei social media, minori capacità di resilienza e scarso supporto sociale (Mowbray, 2020).

Rischio suicidario

È difficile stimare l'impatto dell'attuale pandemia da Covid-19 sul rischio suicidario. Se guardiamo al passato sappiamo che vi è stato un incremento dei suicidi sia in USA, durante l'influenza pandemica del 1918-19, sia ad Hong Kong, soprattutto nella fascia della popolazione più anziana, nel 2003 durante l'epidemia da SARS (Gunnell et al., 2020). La condizione di grande incertezza determinata dalla pandemia può aver determinato o esacerbato i sentimenti di ansia e paura, soprattutto in chi vive da solo, senza considerare il drastico aumento dell'isolamento e della solitudine a seguito delle imposizioni sul distanziamento sociale e il lockdown. La pandemia e le misure di contenimento hanno aumentato il rischio di suicidio soprattutto in chi aveva già fattori di vulnerabilità, oltre ad aver creato un rischio in chi prima non l'aveva. L'OMS stima circa 800.000 suicidi all'anno nel mondo; ci sono dei fattori che possono aumentare in modo diretto o indiretto il rischio suicidario come, ad esempio, la perdita del

² HR: L'Hazard Ratio negli studi prospettici rappresenta il rischio (probabilità) di ammalarsi di una determinata condizione patologica (HR= Incidenza negli individui esposti/Incidenza negli individui non esposti).

lavoro e le preoccupazioni finanziarie, ai quali dovremmo dedicare una particolare attenzione in quanto sappiamo essere state esacerbate sia dall'emergenza sanitaria di per sé, che dalle misure restrittive finalizzate al contenimento della diffusione del virus. La violenza domestica e il consumo di alcol sono considerati fattori precipitanti, ovvero quei fattori responsabili di slatentizzare una situazione già di per sé ad elevato rischio suicidario. L'isolamento sociale, il sentirsi in trappola, così come la solitudine possono fungere da fattori di mediazione contribuendo a loro volta ad incrementare il rischio suicidario. E' fatto ormai noto come l'aver facile accesso ai mezzi rappresenti uno dei maggiori fattori di rischio per il suicidio e durante la pandemia, almeno per alcuni di questi mezzi (quali pesticidi, analgesici, disinfettanti), potrebbe esservi o esservi stata una maggiore disponibilità e maggior libero accesso nelle case rispetto al passato. L'esposizione ripetuta da parte dei media a storie di crisi e a situazioni drammatiche o a notizie di morti suicide può aumentare la paura, l'incertezza, il senso di catastrofe e rovina aumentando il rischio suicidario. Le conseguenze per la salute mentale e il rischio suicidario saranno con grande probabilità condizioni che non si estingueranno con l'esaurirsi dell'emergenza sanitaria, ma permarranno ben oltre la pandemia di Covid-19 (Gunnell et al., 2020).

Pandemia di Covid-19 e il personale sanitario

L'emergenza sanitaria conseguente al Covid-19 ha determinato per il personale medico e paramedico impegnato nella cura dei primi pazienti infettati un alto rischio di infezione data la mancanza iniziale e per un discreto periodo di tempo non solo di dispositivi di protezione personale adeguati, ma anche di linee guida e protocolli ben definiti, così come della strumentazione medica sufficiente e adeguata per affrontare la pandemia in atto. Gli operatori, oltre a vivere quotidianamente le restrizioni obbligatorie imposte dai governi (lockdown), sono esposti in prima linea nella lotta contro il virus, con elevate probabilità di contagio, malattia e morte. Soprattutto all'inizio essi sono stati un "veicolo di trasmissione" del virus, con la conseguente necessità di isolarsi dai propri affetti e con il rischio di subire pesanti discriminazioni. Dall'inizio della pandemia (secondo Amnesty International), in tutto il mondo, circa 17000 operatori sanitari hanno perso la vita per il Covid-19. Gli operatori, da oltre due anni, assistono non solo alla sofferenza e alla morte dei propri pazienti, ma anche a quelle di colleghi e familiari. Sono stati costretti a ritmi di lavoro intensissimi e a dover assumere in breve tempo scelte emotivamente ed eticamente molto complicate. Questa condizione ha comportato un elevato tasso di frustrazione: il personale si è trovato isolato, lontano dalla famiglia, a contatto con sentimenti fortemente negativi e con la frustrazione di non riuscire a debellare un virus che per mesi e mesi ha mostrato tutta la sua letalità. Diversi studi hanno rilevato come l'aver vissuto una tale condizione di stress abbia determinato importanti problemi di salute mentale (stress post-traumatico, ansia, sintomi depressivi, insonnia, negazione, sentimenti di rabbia e paura), con il rischio sia di compromettere (quanto meno potenzialmente) le capacità attentive, il ragionamento e la abilità decisionali degli operatori medici, sia di impattare negativamente e a lungo sul loro benessere psicologico generale (Kang et al., 2020). Per molti operatori sanitari la pandemia di Covid-19 ha determinato uno stato psicofisico di forte esaurimento (Pfefferbaum et al 2020). Una condizione analoga all'attuale pandemia è stata vissuta da alcuni operatori durante l'epidemia di SARS del 2003. Gli studi sull'impatto psicologico dei dipendenti ospedalieri coinvolti nell'epidemia di SARS sono utili perché consentono di descrivere il disagio psicologico e lo stress sia in acuto, che nel lungo periodo. In uno studio condotto nel 2006, a tre anni di distanza dall'epidemia di SARS- CoV-1, su 549 dipendenti di un ospedale di Pechino (Wu et al., 2009) è stato osservato che il 10% dei dipendenti ha esperito elevati livelli di sintomi post-traumatici durante un periodo di 3 anni successivi all'esposizione alla SARS del 2003. In particolare, i giovani (<50 anni) avevano più probabilità di esperire sintomatologia post-traumatica. Il lavoro assistenziale, la quarantena, aver avuto un parente o un amico infettato, sono risultati tutti fattori strettamente associati ad alti livelli di sintomi post-traumatici. In un altro studio (Wu et al., 2008) condotto sullo stesso campione di 549 operatori sanitari di un ospedale di Pechino la prevalenza di depressione a tre anni di distanza dall'evento, è risultata quasi del 23%. Il 6% degli operatori ha riferito di aver consumato alcool nell'ultimo anno per far fronte alle situazioni spiacevoli provate durante l'epidemia. I sintomi di abuso alcolico sono risultati associati all'essere stati in quarantena e ad aver lavorato in reparti esclusivamente dedicati alla SARS, mentre l'aver avuto amici o parenti positivi al virus non sembra un fattore associato

al consumo di alcol. Considerando come l'attuale pandemia di Covid-19 presenti proporzioni decisamente superiori sia dal punto di vista della durata, sia in termini di persone infette o decedute, sia dal punto di vista mediatico, dobbiamo aspettarci effetti psicologici importanti sia a breve, che a lungo termine, sul personale sanitario e dovremmo implementare rapide azioni terapeutiche o di supporto dedicate specificatamente a chi si è trovato in prima linea nella lotta contro il virus. Guardando al panorama italiano troviamo la meta-analisi di Salari e colleghi (2020) condotta su 29 studi, per un totale di 22380 operatori sanitario. I tassi di prevalenza stimati sono: per la depressione del 21%, per l'ansia del 27%, per il disturbo post-traumatico 36%. Gli infermieri, rispetto ai medici, presentano minor depressione e sintomi post-traumatici ma maggior sintomatologia ansiosa. Rossi e colleghi (2020) poco prima del picco di contagi della prima ondata (tra il 27 e il 31 marzo 2020) valutano il benessere psicologico di 1379 dipendenti sanitari tramite una serie di questionari autosomministrati e trovano che il 49% presentava disturbo da stress post-traumatico, il 25% sintomi depressivi, il 20% sintomi ansiosi, l'8% insonnia e il 22% riportava alti livelli di stress. Secondo questo studio la giovane età e l'appartenere al sesso femminile si associano ad un maggior rischio per lo sviluppo di disturbo da stress post-traumatico, depressione e ansia. Lavorare in prima linea contro il virus si associa al disturbo da stress post-traumatico (OR³ 1.38), così come esercitare la professione di medico di medicina generale (MMG) (OR 1,75). Le professioni di infermiere ed operatore socio-sanitario sono invece associate maggiormente ad insonnia grave (OR 2,03 e 2,34 rispettivamente). Il fatto di aver avuto un collega deceduto aumenta significativamente il rischio di sviluppare sintomi psichiatrici: insonnia (OR 2,97), disturbo post-traumatico (OR 2,6) e depressione (OR 2,07). Un altro studio (Conti et al., 2020) condotto durante il picco della prima ondata del virus (dal 30 marzo al 3 maggio 2020) su 933 operatori sanitari riscontrando come quasi il 60% del personale lamentava sintomi depressivi significativi, il 65% ansia elevata, il 55% sintomatologia post-traumatica e ben il 71% sintomi da somatizzazione (fatica, dolore e sintomi gastrointestinali). In particolare, la giovane età, forse a causa di una minore esperienza nella gestione delle situazioni cliniche più complesse, si associa a livelli più elevati di somatizzazione, ansia, depressione e disturbo post-traumatico. Il 39% degli operatori intervistati ha chiesto supporto psicologico ad uno specialista o ne ha manifestato il bisogno. I sintomi di somatizzazione sembrano caratterizzare soprattutto il personale infermieristico e gli operatori socio-assistenziali. Infine, gli operatori che hanno sperimentato la morte di almeno uno dei loro pazienti hanno riportato livelli più elevati di ansia, depressione e disturbo da stress post-traumatico (soprattutto con pensieri intrusivi, iperarousal ed evitamento). Lo studio di Giusti e colleghi (2020), condotto su 300 dipendenti, ha valutato il tasso di burnout del personale sanitario durante il primo picco pandemico (aprile-maggio 2020). Il burnout è un fattore importante da rilevare, in quanto determina assenteismo, ritiro, scarsa efficienza lavorativa. Secondo questo studio il 32% degli intervistati ha riferito significativi livelli di Esaurimento emotivo, il 12% di Depersonalizzazione e il 34% di Ridotta realizzazione personale. Castelli e colleghi (2020) hanno condotto uno studio tra aprile e maggio 2020 sull'impatto psicologico della pandemia sui MMG (categoria medica che, pur rivestendo un ruolo rilevante e cruciale a livello territoriale, non è nelle condizioni di intervenire direttamente sulla malattia, oltre ad esercitare la professione in un generale contesto di estrema fragilità e insicurezza). Il 41% dei medici contattati ha riferito di non aver avuto a disposizione dispositivi di protezione individuale, il 48% di non aver ricevuto informazioni adeguate per proteggere le loro famiglie e il 61% lamenta di non aver ricevuto linee guida chiare sulla gestione territoriale dell'infezione. Anch'essi presentano sintomatologia ansioso-depressiva e post-traumatica, soprattutto ansiosa (75% a fronte del 37% per la depressione e del 32% per il post-traumatico). I medici più giovani e appartenenti al genere femminile hanno presentato livelli di ansia e depressione clinicamente più rilevanti rispetto ai colleghi più anziani e di sesso maschile.

Considerazioni e azioni a supporto del benessere psicologico

³ OR: Odds Ratio, negli studi retrospettivi, rappresenta il tasso di rischio aumentato di sviluppare una determinata patologia.

Nel contesto della salvaguardia della salute mentale durante l'emergenza sanitaria da Covid-19 è importante concentrare la valutazione clinica sui fattori di stress legati al Covid-19, in particolare eventuali contatti con positivi, avere familiari infatti, lutti, trovarsi in quarantena o in isolamento. Altri possibili fattori di stress possono essere la perdita del lavoro o il danno economico derivante dall'interruzione dell'attività lavorativa. In relazione all'età adulta la perdita del lavoro e il danno economico derivante dall'interruzione dell'attività lavorativa possono rappresentare importanti fattori da stress. Dovremmo poi essere preparati a rilevare e trattare gli effetti psicosociali degli eventi traumatici di vasta portata che solitamente sono reazioni depressive, disturbi d'ansia, aumento delle preoccupazioni psicosomatiche, insonnia, maggiore uso di sostanze e violenza domestica. Infine, la presenza di determinati indicatori di vulnerabilità (quali determinate condizioni fisiche o psicologiche preesistenti) possono aumentare la probabilità di sequele psicopatologiche e, qualora rilevati, dovrebbero allertare una presa in carico preventiva o quanto meno un monitoraggio nel tempo (Pfefferbaum et al., 2020). La valutazione diagnostica dovrebbe considerare da un lato i fattori di vulnerabilità sia esterni, che interni all'individuo, sia attuali, contingenti che pregressi e dall'altro dovrebbe rivolgersi alla normalizzazione delle reazioni allo stress attraverso anche interventi psico-educativi nell'ambito dei quali fornire informazioni sulle reazioni abituali a questo tipo di stress e sottolineando le risorse e i fattori di forza e resilienza per poter fronteggiare le circostanze traumatiche o stressanti. A questo proposito sarebbe utile offrire supporto nella gestione dello stress e favorire le capacità di "coping" (ad esempio, strutturare le attività e favorire l'implementazione di routine quotidiane). Per quanto concerne la situazione della popolazione giovanile dobbiamo considerare da un lato l'impatto potenzialmente traumatico della condizione pandemica in un'età caratterizzata da una maggior vulnerabilità. Dall'altro la chiusura delle scuole, da sempre non solo luogo di formazione, ma anche cruciale veicolo di socializzazione, può aver rappresentato un fattore di destabilizzazione per i più piccoli e gli adolescenti, causa di sentimenti di frustrazione, rabbia e angoscia. In questo contesto, i genitori potrebbero non essere nelle condizioni i genitori possono non essere nelle condizioni di cogliere appieno la sofferenza e il disagio dei figli, si dovrebbe creare uno spazio di discussione in cui affrontare le modalità di reazione allo stress tipicamente riscontrate nei bambini, così come le loro modalità di espressione della preoccupazione (Pfefferbaum et al., 2020; Tang et al., 2021). Infine, Sarebbe importante poter dare indicazioni pratiche su come gestire l'ansia e l'insonnia, aiutare le persone a limitare il tempo trascorso sui social media, a volte veicolo di informazioni fuorvianti e inaffidabili favorendo poche fonti informative, possibilmente quelle ufficiali o comunque attendibili e incoraggiando l'impiego di strategie di coping basate sull'evidenza scientifica. Dobbiamo essere pronti a rilevare e trattare un aumento di disturbi d'ansia, depressione, abuso di sostanze, solitudine, violenza domestica e, con le scuole chiuse, un incremento anche dell'abuso infantile. Per una corretta e tempestiva gestione dell'impatto psicologico dell'emergenza sanitaria in cui ci troviamo, la letteratura sottolinea tre passi importanti da tenere in considerazione:

1. è necessario intervenire sull'isolamento sociale e sulla solitudine soprattutto nel caso di persone fisicamente e socialmente più a rischio di isolamento. L'impiego della tecnologia digitale può fungere da ponte riducendo il distanziamento sociale e il senso di solitudine (Merchant e Lurie, 2020). A questo proposito, molte delle attività che prima erano svolte in presenza, ora possono essere condotte online, cercando di mantenerne quanto più possibile inalterato il "setting" (ginnastica, yoga, incontri di lavoro). Per i bambini/ragazzi a casa da scuola, impegnati nella didattica a distanza (DAD), è importante mantenere il più possibile routine regolari, oltre ad assicurare loro la partecipazione allo studio programmato (sia frequenza delle lezioni, sia studio individuale). Tutto ciò che consente struttura, continuità di apprendimento e socializzazione può operativamente mitigare gli effetti a breve e lungo termine dell'isolamento sociale;
2. è importante attuare azioni di sorveglianza, segnalazione e intervento soprattutto nei casi già noti di disagio psichico, con una particolare attenzione per la violenza domestica e l'abuso infantile;
3. sarebbe importante poter disporre di risorse che potenzino il nostro sistema di presa in carico della salute mentale per rispondere all'inevitabile sfida posta dall'emergenza sanitaria da Covid-19. La telemedicina può rappresentare un aiuto valido sia nell'acuzie, che nella gestione a lungo termine della persona che soffre di un disturbo psichiatrico.

Infine, per quanto riguarda il personale sanitario, date le condizioni in cui si è trovato ad operare e alla luce della criticità del ruolo da esso svolto nel contesto della pandemia da Covid-19, è necessario riservare richiede un'attenzione particolare capace da un lato di rilevare cogliere un disagio spesso profondo e nascosto e dall'altro di fornire (delicatamente) un supporto nel lungo termine, anche laddove non vi sia richiesta diretta. La corretta e tempestiva gestione dell'impatto psicologico dell'essersi trovati per mesi in prima linea a lottare per il contenimento di una tale inimmaginabile emergenza sanitaria, comprende una serie di azioni con finalità protettive e di supporto specificatamente dedicate a sostenere e potenziare gli operatori della sanità. Nel Pannello 1 sono riassunte le principali azioni protettive e di intervento per promuovere la salute mentale e il benessere psicologico nel personale sanitario.

Pannello 1: Azioni contenitive/protettive il disagio psicologico negli operatori sanitari

- 1- Informare preventivamente il personale delle comuni reazioni psicologiche allo stress da emergenza sanitaria al fine di facilitarne il riconoscimento.
- 2- Creare una rete sociale di supporto, noto fattore protettivo per la salute mentale.
- 3- Garantire l'accesso diretto (garantendo l'anonimato) al supporto psicologico tenendo in considerazione come i sentimenti di colpa e vergogna solitamente ostacolano la richiesta di aiuto.
- 4- Incoraggiare il personale ad effettuare consulenze psicologiche di supporto.
- 5- Incentivare e favorire la coesione tra il personale creando uno spazio di confronto interpersonale e supporto informale ove discutere apertamente dell'esposizione ai rischi psicologici dell'emergenza sanitaria.

Conclusioni

Per molti mesi l'attenzione degli scienziati si è concentrata prevalentemente sul virus e sulla sua trasmissione, oltre che sugli effetti organici della stessa e, almeno in parte, questo ha distratto l'attenzione pubblica dagli esiti psicosociali dell'epidemia sia nelle persone che hanno contratto il virus, sia negli operatori sanitari, sia infine nella popolazione generale. La pandemia di Covid-19 sta determinando una condizione di stress ben diversa dallo stress secondario ad evento traumatico acuto e circoscritto, si tratta di una condizione contemporaneamente individuale e collettiva, inusuale, sub-acuta ma persistente, ascrivibile ad una situazione stressante protratta nel tempo, fortemente disorientante che determina un generale stato di incertezza che coinvolge non solo il presente, ma anche il futuro (Biondi e Iannitelli, 2020). La risposta alle situazioni stressanti si caratterizza solitamente per un'iniziale reazione acuta di allarme, seguita dalla risposta allo stress cronico dovuta al forzato adattamento al perdurare della condizione e con essa al rischio di morte da contagio e alle inevitabili difficoltà psicosociali ed economiche secondarie ai mesi di lockdown e di isolamento sociale imposti dai governi dei vari Paesi. L'atteggiamento con cui si affronta una condizione di stress e la resilienza, sia individuale, sia comunitaria, sono modalità di risposta che possono fortunatamente essere apprese, migliorate, rafforzate e potenziate. Si tratta di elementi utili per affrontare e sopravvivere ai momenti di quarantena, ma anche alla ripresa e alla riapertura alla vita, nonché all'apprendimento di una modalità equilibrata di convivenza con il virus (Biondi e Iannitelli, 2020).

Bibliografia

- Benedetti, F., Aggio, V., Pratesi, M., Greco, G., & Furlan, R. (2020). Neuroinflammation in Bipolar Depression. *Front Psychiatry*, 26, 11:71.
- Benke, C., Autenrieth, L.K., Asselmann, E., & Pané-Farré, C.A. (2020). Lockdown, quarantine measures, and social distancing: Associations with depression, anxiety and distress at the beginning of the COVID-19 pandemic among adults from Germany. *Psychiatry Research*, 293, 113462.
- Biondi, M., & Iannitelli, A. (2020). "CoViD-19 e stress da pandemia: l'integrità mentale non ha alcun rapporto con la statistica". *Riv Psichiatr*, 55(3), 131-136.

- Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395, 912–20.
- Castelli, L., Di Tella, M., Benfante, A., Taraschi, A., Bonagura, G., et al. (2021). The psychological impact of COVID-19 on general practitioners in Piedmont, Italy. *J Affect Disord*, 281, 244–246.
- Chen, Y., Liu, Q., & Guo, D. (2020). Emerging coronaviruses: Genome structure, replication, and pathogenesis. *Journal of Medical Virology*, 92, 418–423.
- Conti, C., Fontanesi, L., Lanzara, R., Rosa, I., & Porcelli, P. (2020). Fragile heroes. The psychological impact of the COVID-19 pandemic on health-care workers in Italy. *PLoS One*, 15(11), e0242538.
- Dagan, N., Barda, N., Kepten, E., Miron, O., Perchit, S., et al. (2021). BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Mass Vaccination Setting. *N Engl J Med*, 384, 1412–23.
- Gloster, A.T., Lamnisos, D., Lubenko, J., Presti, G., Squatrito, V., Constantinou, M., et al. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health: An international study. *PLoS ONE*, 15(12), e0244809.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 11 marzo 2020. Ulteriori disposizioni attuative del decreto- legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale. (20A01605). Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 64 del 11 marzo 2020.
- Fiorillo, A., & Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 63(1), e32, 1–2.
- Giusti, E.M., Pedrolì, E., D'Aniello, G., Stramba Badiale, C., Pietrabissa, G., et al. (2020). The Psychological Impact of the COVID-19 Outbreak on Health Professionals: A CrossSectional Study. *Front Psychol*, 11, 1684.
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., et al. (2020). CoViD-19 Suicide Prevention Research Collaboration. Suicide risk and prevention during the CoViD-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*, 7, 468–471.
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., Wang, Y., Hu, J., Lai, J., Ma, X., Chen, J., Guan, L., Wang, G., Ma, H., & Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet. Psychiatry*, 7(3), e14.
- Lee, A.M., Wong, J.G., McAlonan, G.M., et al. (2007). Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Can J Psychiatry*, 52(4), 233–240.
- Mazza, M.G., De Lorenzo, R., Conte, C., Poletti, S., Vai, B., et al. (2020). Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain Behav Immun*, 89, 594–600.
- Merchant, R.M., & Lurie, N. (2020). Social media and emergency preparedness in response to novel coronavirus. *JAMA*, 323(20), 2011–12.
- Ministero della Salute, Istituto Superiore della Sanità. 18 ottobre 2020. Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale.
- Mowbray, H. (2020). In Beijing, coronavirus 2019-nCoV has created a siege mentality. *British Medical Journal*, 368, Article m516.
- Neria, Y., Nandi, A., & Galea S. (2008). Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. *Psychol Med*, 38(4), 467–480.
- Palmieri, L., Agazio, E., Andrianou, X., Barbariol, P., Bella, A., Benelli, E., et al. (2021). Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia. Istituto Superiore di Sanità. Aggiornamento nazionale: 4 maggio 2021.
- Pfefferbaum, B., & North, C.S. (2020). Mental Health and the CoViD-19 Pandemic. *N Engl J Med*, 383, 6.

- Purgato, M., Gastaldon, C., Papola, D., van Ommeren, M., Barbui, C., & Tol, W. A. (2018). Psychological therapies for the treatment of mental disorders in low- and middle-income countries affected by humanitarian crises. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD0111849.
- Rossi, R., Socci, V., Pacitti, F., Mensi, S., Di Marco, A., et al. (2020). Mental Health Outcomes among Healthcare Workers and the General Population During the COVID-19 in Italy. *Front Psychol*, 11, 790.
- Salari, N., Khazaie, H., Hosseini-Far, A., Khaledi-Paveh, B., Kazemini, M., et al. (2020). The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression. *Hum Resour Health*, 18(1), 100.
- Sprang, G., & Silman, M. (2013). Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster Med Public Health Prep*, 7, 105–10.
- Tang, S., Xiang, M., Cheung, T., Xiang, Y.T. (2021). Mental health and its correlates among children and adolescents during COVID-19 school closure: The importance of parent-child discussion. *Journal of Affective Disorders*, 279, 353-360.
- Taquet, M., Geddes, J., Husaid, M., Luciano, S., Harrison, P. (2021). 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *Lancet Psychiatry*, 8, 416-27.
- Umakanthan, S., Sahu, P., Ranade, A., Bukelo, M., Rao, J., et al. (2019). Origin, transmission, diagnosis, and management of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *BMJ Journal*, 96, 753-758.
- Yao, H., Chen, J.H., & Xu, Y.F. (2020). Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*, 7, e21.
- Wiersinga, W.J., Rhodes, A., Cheng, A., Peacock, S. J., & Prescott, H. (2020). Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *JAMA*, 324(8), 782-793.
- World Health Organization. WHO characterizes COVID-19 as a pandemic. Geneva: WHO; 2020. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11march2020>
- Wu, P., Liu, X., Fang, Y., Fan, B., Fuller, C. J., Guan, Z., & Litvak, I. J. (2008). Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol & Alcoholism*, 43(6), 706-712.
- Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., & Hoven, C. W. (2009). The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 302-311.