



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in INFERMIERISTICA

**COVID-19 E ASSISTENZA PSICHIATRICA:  
UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA  
SULL'IMPATTO DELLA PANDEMIA**

Relatore: Chiar.mo  
**Dott. Galli Francesco**

Tesi di Laurea di:  
**Barchiesi Agnese**

Correlatore: Chiar.ma  
**Dott.ssa Comparcini Dania**

A.A. 2019/2020

## INDICE

### ABSTRACT

<b>1. INTRODUZIONE.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Background.....</b>	<b>9</b>
<b>2. OBIETTIVO.....</b>	<b>15</b>
<b>3. MATERIALE E METODI.....</b>	<b>16</b>
<b>3.1 Disegno di studio.....</b>	<b>16</b>
<b>3.2 Criteri di inclusione.....</b>	<b>16</b>
<b>3.3 Criteri di esclusione.....</b>	<b>17</b>
<b>3.4 Strategia di ricerca.....</b>	<b>17</b>
<b>3.5 Estrazione dei dati.....</b>	<b>17</b>
<b>3.6 Screening degli studi.....</b>	<b>18</b>
<b>4. RISULTATI DELLA RICERCA.....</b>	<b>26</b>
<b>4.1 Caratteristiche principali degli studi.....</b>	<b>26</b>
<b>4.2 Conseguenze della pandemia Covid-19 nell'organizzazione dell'         assistenza psichiatrica .....</b>	<b>26</b>
<b>4.3 Conseguenze della pandemia Covid-19 nelle persone con problemi di         salute mentale.....</b>	<b>31</b>
<b>5. DISCUSSIONE.....</b>	<b>38</b>
<b>5.1 Limiti della ricerca.....</b>	<b>45</b>
<b>6. CONCLUSIONI.....</b>	<b>45</b>
<b>7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....</b>	<b>48</b>

## **ABSTRACT**

### **INTRODUZIONE**

L'attuale pandemia da nuovo coronavirus SARS CoV-2 ha sollevato molte problematiche relative alle attività clinico-assistenziali erogate dai Dipartimenti di Salute Mentale.

Le persone con disturbi psichiatrici risultano più suscettibili alle infezioni di tipo respiratorio dovute principalmente alla permanenza nei contesti ospedalieri o residenziali per periodi medio-lunghi e a tassi di tabagismo estremamente elevati; pertanto potrebbero essere più a rischio di contrarre le forme più gravi dell'infezione da COVID-19, come le polmoniti.

I soggetti con patologie mentali in relazione alla pandemia hanno generalmente bassa consapevolezza del rischio e ridotta attenzione alle procedure di protezione personale; inoltre possono essere maggiormente inclini a produrre risposte emotive disfunzionali, che portano a ricadute o al peggioramento di un disturbo preesistente a causa della più alta suscettibilità allo stress.

### **OBIETTIVO**

Riassumere i risultati dei principali studi condotti sull'impatto della pandemia COVID-19 nell'ambito della salute mentale.

### **MATERIALI E METODI**

E' stata condotta una revisione integrativa della letteratura seguendo l'approccio metodologico di Whitemore e Knalf (2005). Sono stati consultati i database Medline e Cinahl fino al termine del mese di agosto 2020. Sono state costruite stringhe di ricerca utilizzando i termini "*Covid*", "*Covid-19*", "*Coronavirus*", "*Mental Health*" e "*Nursing*" combinati tra loro con gli operatori booleani AND, OR e NOT. Sono stati inclusi nella revisione studi primari di natura sperimentale e osservazionale, studi qualitativi e studi secondari (revisioni della letteratura), pubblicati in lingua inglese o italiana, che avevano come tematica principale le conseguenze della pandemia COVID-19 nei soggetti con disturbi mentali e nell'organizzazione dell'assistenza.

### **RISULTATI**

Sono stati selezionati 16 articoli che incontravano i criteri di inclusione prestabiliti. I risultati hanno evidenziato che la pandemia COVID-19 ha modificato profondamente

l'organizzazione dell'assistenza psichiatrica con la necessità di adattare gli ambienti e gli strumenti dei servizi ospedalieri e territoriali finalizzati all'integrazione e alla socializzazione prevedendo l'isolamento e la limitazione dei contatti. Emergono nuove modalità di relazione con il paziente e con i suoi familiari, tramite il ricorso a tecnologie innovative come la telemedicina, che permettono una continuità assistenziale soprattutto nella gestione di situazioni critiche in cui sia necessario limitare il contatto diretto. Inoltre nei soggetti con disturbi mentali sono state riscontrate riacutizzazioni della sintomatologia ansioso-depressiva come conseguenza delle misure adottate per contenere la diffusione della pandemia.

## CONCLUSIONI

L'emergenza può diventare un'occasione importante per sviluppare nuove conoscenze e competenze nell'assistenza ai soggetti con disturbi mentali e alle loro famiglie, utilizzando le nuove tecnologie come approccio attivo per interventi psicoeducativi di gestione dello stress e di supporto psicologico nell'organizzazione delle attività di vita quotidiana.

PAROLE CHIAVE: *Covid, Covid-19, Coronavirus, Mental Health, Nursing.*

## 1. INTRODUZIONE

I coronavirus sono una vasta famiglia di virus noti per causare malattie che vanno dal comune raffreddore a malattie più gravi come la Sindrome respiratoria mediorientale (MERS, *Middle East respiratory syndrome*) e la Sindrome respiratoria acuta grave (SARS, *Severe acute respiratory syndrome*) (Ministero della Salute [MDS], 2020). Essi sono virus RNA a filamento positivo, osservati al microscopio elettronico assumono un aspetto simile a una corona. La sottofamiglia *Orthocoronavirinae* della famiglia *Coronaviridae* è classificata in quattro generi di coronavirus (CoV): Alpha, Beta, Delta e Gamma-coronavirus. Il genere del *betacoronavirus* è ulteriormente separato in cinque sottogeneri. I coronavirus sono comuni in molte specie animali (come i cammelli e i pipistrelli), ma in alcuni casi, se pur raramente, possono evolversi e infettare l'uomo per poi diffondersi nella popolazione. Un nuovo coronavirus è un nuovo ceppo di coronavirus che non è stato precedentemente mai identificato nell'uomo. I coronavirus umani conosciuti ad oggi, comuni in tutto il mondo, sono sette, alcuni identificati diversi anni fa (i primi a metà degli anni Sessanta) e alcuni identificati nel nuovo millennio. I Coronavirus umani, ovvero in grado di infettare l'uomo, si suddividono in Coronavirus umani comuni e in altri coronavirus umani. I coronavirus umani comuni comprendono: HCoV-OC43 e HCoV-HKU1 (*Betacoronavirus*) e HCoV-229E e HCoV-NL63 (*Alphacoronavirus*); essi possono causare raffreddori comuni ma anche gravi infezioni del tratto respiratorio inferiore. I coronavirus denominati Altri coronavirus umani (*Betacoronavirus*) includono: SARS-CoV, MERS-CoV e 2019-nCoV (ora denominato SARS-CoV-2) (Ministero della Salute [MDS], 2020). La MERS-CoV è la sindrome respiratoria mediorientale (*Middle East respiratory syndrome*) dovuta a coronavirus ed è stata registrata per la prima volta in Arabia Saudita nel 2012. Da allora, l'infezione ha colpito persone provenienti da oltre 25 Paesi anche se tutti i casi sono stati collegati a Paesi interni o nelle vicinanze della penisola arabica. La SARS-CoV è la sindrome respiratoria acuta grave (*Severe acute respiratory syndrome*) dovuta a coronavirus ed è stata registrata per la prima volta in Cina a novembre 2002. Ha causato un'epidemia mondiale tra il 2002 e il 2003 che ha registrato 8098 casi probabili di cui 774 decessi. Dal 2004 non si sono registrati casi di

infezione da SARS-CoV in nessuna parte del mondo (Rezza, Bella, Riccardo & Pezzotti, 2020).

Il 31 dicembre 2019, le autorità sanitarie cinesi hanno notificato un focolaio di casi di polmonite ad eziologia non nota nella città di Wuhan (Provincia dell'Hubei, Cina). Molti dei casi iniziali hanno riferito un'esposizione al Wuhan's South China Seafood City market (si sospettava un possibile meccanismo di trasmissione da animali vivi). Il 9 gennaio 2020, il China CDC (il Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie della Cina) ha identificato un nuovo coronavirus (provvisoriamente chiamato 2019-nCoV) come causa eziologica di queste patologie. Le autorità sanitarie cinesi hanno inoltre confermato la trasmissione inter-umana del virus. L'11 febbraio, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha annunciato che la malattia respiratoria causata dal nuovo coronavirus è stata chiamata COVID-19. La nuova sigla è la sintesi dei termini CO-rona VI-rus D-isease e dell'anno d'identificazione, 2019. Il Gruppo di Studio sul Coronavirus (CSG) del Comitato internazionale per la tassonomia dei virus (International Committee on Taxonomy of Viruses) ha classificato ufficialmente con il nome di SARS-CoV-2 il virus provvisoriamente chiamato dalle autorità sanitarie internazionali 2019-nCoV e responsabile dei casi di COVID-19 (Corona Virus Disease). Il CSG, responsabile di definire la classificazione ufficiale dei virus e la tassonomia della famiglia dei Coronaviridae, dopo aver valutato la novità del patogeno umano e sulla base della filogenesi, della tassonomia e della pratica consolidata, ha associato formalmente questo virus con il coronavirus che causa la sindrome respiratoria acuta grave (SARS-CoVs, *Severe acute respiratory syndrome coronaviruses*) classificandolo, appunto, come *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (SARS-CoV-2). Inoltre, per facilitare la comunicazione, il Gruppo di Studio sul Coronavirus ha proposto di utilizzare, per i singoli isolati, la convenzione di classificazione: SARS-CoV-2/Isolato/Ospite/Data/Luogo (Rezza et al., 2020). La trasmissione della SARS-CoV si è verificata principalmente dopo giorni di malattia ed è stata associata a modeste cariche virali riscontrate nelle vie respiratorie agli esordi della malattia, con cariche virali che hanno raggiunto il loro picco circa 10 giorni dopo l'insorgenza dei sintomi (Rothe et al., 2020). Il virus viene trasmesso tramite il contatto diretto o indiretto con liquidi biologici. Uno studio effettuato su 1070 campioni biologici raccolti da 205 pazienti risultati positivi a COVID-19 ha mostrato che il

liquido di lavaggio broncoalveolare (93%), l'espettorato (72%) e i tamponi nasali (63%) sono quelli con tasso di positività più elevato. In una minor percentuale di pazienti il virus può essere reperito anche nelle feci (29%) mentre solo nell'1% dei pazienti è stato reperito nel sangue. Il virus è risultato assente nelle urine (Wang, Xu & Gao, 2020). La persistenza della carica virale varia in base al liquido biologico analizzato e alla gravità della malattia. Uno studio effettuato su 3497 campioni biologici di 96 pazienti ha riscontrato una percentuale rilevante di virus nelle feci (59%) con una durata mediana di 22 giorni, significativamente più lunga rispetto ai campioni respiratori (18 giorni) e campioni sierici (16 giorni). La durata mediana del virus nei campioni respiratori dei pazienti con malattia grave (21 giorni, 14-30 giorni) è stata significativamente più lunga che nei pazienti con malattia lieve (14 giorni, 10-21 giorni;  $P=0,04$ ). Nel gruppo dei pazienti con malattia lieve, le cariche virali hanno raggiunto il picco massimo nei campioni respiratori nella seconda settimana dall'inizio della malattia, mentre la carica virale ha continuato ad essere elevata durante la terza settimana nel gruppo dei pazienti con malattia grave (Zheng et al., 2020). I coronavirus si mantengono attivi sulle superfici inanimate come metallo, vetro o plastica per un massimo di 9 giorni, ma possono essere inattivati in modo efficiente con procedure di disinfezione delle superfici entro un minuto. Gli agenti chimici adoperati sono l'alcol a concentrazioni tra il 62% e il 71%, il perossido di idrogeno allo 0,5% e l'ipoclorito di sodio allo 0,1% (Kampf, Todt, Pfaender & Steinmann, 2020). Il periodo di incubazione è stato definito come l'intervallo tra la potenziale prima data di contatto con la fonte di trasmissione (animale o persona con caso sospetto o confermato) e la potenziale prima data di insorgenza del sintomo (come tosse, febbre, mialgia e astenia). Il periodo di incubazione mediano è di 4 giorni (Guan, Ni, Hu & Liang, 2020). La permanenza attiva del virus negli infetti è correlata alla gravità della malattia. Nei pazienti con malattia lieve il virus a RNA resta presente per 10 giorni. Gli individui che manifestano una sintomatologia più grave restano infettivi per 20 giorni (range da 8 a 37 giorni) (Zhou et al., 2020). Il quadro sintomatologico risulta piuttosto variabile (Vetter et al., 2020). La tipica manifestazione clinica interessa principalmente l'apparato respiratorio. I sintomi riscontrabili nella maggior parte dei pazienti sono febbre, spossatezza e astenia e il manifestarsi di tosse secca e in alcuni casi accompagnata dalla comparsa di catarro (Spinato, Fabbris & Polesel, 2020). Nei casi più gravi questi sintomi sono accompagnati dall'insorgere di

fenomeni di dispnea che possono sfociare in patologie respiratorie come polmonite e sindrome respiratoria acuta grave. Diversi studi hanno confermato che la sintomatologia ha carattere sistemico e non esclusivo all'apparato respiratorio. I sintomi gastrointestinali sono ampiamente diffusi come esordio della malattia con diarrea riscontrabile in diversi pazienti (Wang, Hu & Hu, 2020). Sono riscontrabili anosmia/ iposmia (perdita /diminuzione dell'olfatto) e, in alcuni casi l'ageusia (perdita del gusto); questo potrebbe essere dato da lesioni al nervo olfattivo da parte dei coronavirus oppure come conseguenza dei sintomi respiratori (Giacomelli et al., 2020). Il covid-19 è responsabile della comparsa di sintomi neurologici; anche se non ci sono prove di invasione virale diretta dell'encefalo sono stati riscontrati casi sia in Cina che in USA di pazienti positivi al covid-19 che hanno riportato ictus ischemico ed emorragico, vertigini, cefalee, stato mentale alterato, sindrome di Guillan-Barrè, encefalopatie necrotizzante acuta e disturbi muscolo scheletrici. Gli eventi cardiovascolari che sono stati associati con covid-19 nelle osservazioni preliminari includono lesioni miocardiche, soprattutto in pazienti con infezioni gravi, miocardite e miopericardite con ridotta funzione sistolica, aritmie cardiache, insufficienza cardiaca. Quindi il Covid-19 genera stati di ipercoagulabilità con aumento di eventi trombo embolici. Perciò è da considerare un evento sentinella la comparsa di dolore toracico. Uno studio condotto in Cina ha definito la possibilità di trasmissione del virus anche per via congiuntivale con il manifestarsi di iperemia congiuntivale e chemiosi e aumento di secrezioni (Vetter et al., 2020). Per la diagnosi di infezione da SARS CoV-2 il campione di elezione è un campione delle vie respiratorie. Questo può essere prelevato dalle alte vie respiratorie tramite un tampone nasale, tampone oro-faringeo e tampone rinofaringeo. Nei casi di polmonite è indicato prelevare il campione dalle basse vie respiratorie tramite aspirato endotracheale o lavaggio broncoalveolare. L'OMS e il CDC di Atlanta confermano che il tampone rinofaringeo è il gold standard, esso infatti è la tipologia di tampone che manifesta la maggior sensibilità e specificità diagnostica. Il prelievo del tampone rinofaringeo è una procedura che consiste nel prelievo di muco che riveste le cellule superficiali della mucosa del rinofaringe, mediante un tampone. Il prelievo viene eseguito in pochi secondi e ha un'invasività minima. La procedura deve essere svolta da personale esperto adeguatamente addestrato e specializzato. Dal materiale biologico viene effettuata l'estrazione e la purificazione dell'RNA per la successiva ricerca



dell'RNA virale utilizzando una metodica molecolare rapida: Reverse Real-Time PCR (rRT-PCR) (Stefanelli, 2020). A supporto della diagnosi data dal tampone è raccomandata la TAC torace. Questa può avere un'utilità diagnostica, ma non può confermare o escludere del tutto la possibilità di infezione da SARS- CoV-2. Uno studio condotto a Wuhan su 1014 pazienti sottoposti sia a RT-PCR sia a TAC torace per la valutazione di covid-19 ha riscontrato una sensibilità del 97% e una specificità del 25% di TAC torace positiva usando la PCR come riferimento. Un valore di specificità così basso potrebbe essere legato al fatto che altre eziologie possono dare risultati paragonabili alla TAC (Ai & Yang, 2020). I test sierologici hanno lo scopo di identificare la presenza di anticorpi, i quali confermano l'avvenuta infezione. Poiché questi anticorpi si sviluppano solo alcuni giorni dopo aver contratto il COVID-19 il test non ha una finalità diagnostica, ma potrebbe identificare i soggetti immunizzati (Amanat et al., 2020). In uno studio su 82 casi confermati di COVID e 58 probabili casi il tempo mediano per l'identificazione degli anticorpi IgM e IgA è stato di 5 giorni dopo l'esordio dei sintomi, mentre il tempo mediano per l'identificazione delle IgG è stato di 14 giorni, con un tasso di positività rispettivamente dell'85%, 93% e 78%. Nei casi confermati e probabili il tasso di positività alle IgM è stato rispettivamente del 76% e del 93%. Non è al momento chiaro se tutti i pazienti infettati generino una risposta immunitaria protettiva e quale potrebbe essere la durata dell'effetto protettivo. Va infine considerato che, poiché il virus in alcuni casi può essere rilasciato per diverse settimane, c'è un periodo di tempo in cui nell'organismo possono essere presenti sia gli anticorpi sia il virus (quindi i guariti potrebbero essere ancora infettivi) (Wang, Wang & Sharma, 2020). Al momento non risulta essere presente una cura efficace e condivisa per il trattamento del COVID-19. L'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) sta interagendo con gli sviluppatori di potenziali trattamenti e vaccini COVID-19 per consentire ai farmaci promettenti di raggiungere i pazienti il prima possibile, inizialmente nell'ambito della sperimentazione clinica ed eventualmente sul mercato. EMA è stata in discussione con gli sviluppatori di circa 125 potenziali trattamenti COVID-19 (European Medicine Agency [EMA], 2020). I principali farmaci promossi all'utilizzo nell'ambito di sperimentazioni cliniche sono i seguenti. Per il trattamento del COVID-19 sono stati effettuati studi sulla possibilità di impiego degli anticorpi monoclonali : il Tocilizumab, anticorpo monoclonale attualmente utilizzato per il trattamento di differenti forme di

artrite reumatoide e per il trattamento della sindrome di rilascio di citochine; l'emapalumab, anticorpo monoclonale anti-interferone gamma (anti-IFN $\gamma$ ) impiegato per ridurre l'iperinfiammazione e il distress respiratorio; il sarilumab, un antagonista del recettore per la interleuchina-6; canakinumab, utilizzato per la febbre periodica autoinfiammatoria e per l'artrite gottosa e in uso compassionevole per i pazienti COVID-19 (Agenzia Italiana del Farmaco [AIFA], 2020). Si è analizzato anche l'impiego di antivirali come il Remdesvir, il quale ha avuto riscontri positivi in uno studio su 53 partecipanti che hanno ricevuto il farmaco per uso compassionevole, 30 dei quali (57%) in ventilazione meccanica. Complessivamente c'è stato un miglioramento per 36 pazienti (68%), 17 dei quali inizialmente in ventilazione meccanica. 25 pazienti sono stati dimessi (Grein, Ohmagari, Shin & Diaz, 2020). Tra gli antivirali sono stati impiegati, anche se con scarsi risultati, Iopinavir/ritonavir e darunavir in combinazione con concobicistat o ritonavir, farmaci utilizzati per il trattamento dell'infezione da HIV (Cao, Wang, Wen & Liu, 2020). Inoltre sono stati impiegati degli inibitori delle proteine chinasi: Ruxolitinib, indicato per pazienti adulti con mielofibrosi o policitemia vera; Baricitinib, inibitore della janus chinasi indicato in pazienti adulti con artrite reumatoide (Menichetti, Falcone, Pistello & Navalesi, 2020). L'utilizzo del plasma dei pazienti guariti rappresenta un'altra tra le opzioni terapeutiche attualmente sperimentate in alcuni centri italiani (Istituto Superiore della Sanità [ISS], 2020). La profilassi del tromboembolismo venoso rappresenta uno degli aspetti da considerare in alcuni pazienti COVID: nella fase iniziale in caso di polmonite e nella fase più avanzata in pazienti ricoverati per contenere i fenomeni trombotici (Agenzia Italiana del Farmaco [AIFA], 2020). L'EMA è in contatto con diversi sviluppatori di potenziali vaccini per il COVID-19. L'EMA stima che potrebbe passare almeno un anno prima che un vaccino contro il COVID-19 sia pronto per l'approvazione e disponibile in quantità sufficiente per consentirne l'uso diffuso.

Il 30 Gennaio 2020, dopo la seconda riunione del Comitato di sicurezza, il Direttore generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato il focolaio internazionale di Covid-19 un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale. Per "emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale" si intende: "un evento straordinario che può costituire una minaccia sanitaria per altri Stati membri attraverso la diffusione di una malattia e richiedere una risposta coordinata a livello

internazionale” (Rezza et al., 2020). L’11 Marzo 2020 L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato che il focolaio internazionale di infezione da nuovo coronavirus SARS-CoV-2 può essere considerato una PANDEMIA, ma può essere ancora controllata. Pertanto l’OMS ha chiesto ai Paesi di adottare una strategia su quattro fronti: prepararsi ad essere pronti (i Paesi senza contagi o con un basso numero hanno l’opportunità di mantenere la situazione stabile e preparare la popolazione e le strutture sanitarie alla circolazione del virus); individuare, prevenire, curare (ovvero eseguire una sorveglianza solida per spezzare la catena di trasmissione); ridurre ed eliminare la trasmissione del virus ; innovare e migliorare (è necessario trovare nuovi modi per prevenire l’infezione, salvare vite umane e minimizzare l’impatto) (Siddu, 2020). Nel nostro Paese è stata attivata una rete di sorveglianza sul nuovo Coronavirus e sono stati attivati controlli e screening sotto il coordinamento della task force ministeriale. L’Italia ha bloccato il 30 gennaio con un’Ordinanza del ministro della Salute tutti i voli da e per la Cina per 90 giorni, oltre a quelli provenienti da Wuhan, già sospesi dalle autorità cinesi. Il Governo italiano ha dichiarato il 31 gennaio lo Stato di emergenza, stanziato i primi fondi e nominato Commissario straordinario per l'emergenza il Capo della protezione civile Angelo Borrelli. Con il decreto del Capo del Dipartimento della protezione civile del 5 febbraio 2020 è stato istituito un Comitato tecnico-scientifico per fronteggiare emergenza, poi ampliato con ordinanza del 18 aprile 2020. Come previsto dal Decreto legge 18 del 2020, il Presidente del Consiglio dei Ministri con decreto del 18 marzo 2020 ha nominato Domenico Arcuri Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica Covid-19. Il Consiglio dei Ministri ha varato un primo decreto legge il 23 febbraio 2020 con misure per il divieto di accesso e allontanamento nei Comuni dove erano presenti focolai e la sospensione di manifestazioni ed eventi. Sono stati emanati altri Dpcm nel mese di marzo 2020 che hanno previsto la chiusura di tutte le attività commerciali non di prima necessità. L’ordinanza del 22 marzo 2020, firmata dal Ministro della Salute e dal Ministro dell’Interno ha vietato a tutte le persone fisiche di trasferirsi e spostarsi con mezzi di trasporto pubblico o privati in un Comune diverso da quello in cui si trovano, salvo per comprovate esigenze lavorative o di salute. Inoltre è stata prevista la chiusura delle attività produttive non essenziali o strategiche mantenendo aperti solo negozi di generi

di prima necessità e i servizi essenziali. Il Decreto legge 33 del 2020 ha disciplinato la fine delle limitazioni agli spostamenti e la riapertura delle attività produttive, commerciali e sociali. Con il DPCM 17 maggio 2020 sono state definite le misure di prevenzione e contenimento per la convivenza con il coronavirus (Ministero della Salute [MDS], 2020). Ordinanze simili hanno interessato Paesi Europei e Mondiali con il fine di fronteggiare nel migliore dei modi la circolazione del virus. Il Covid-19 è stato definito oltre che una pandemia anche una vera e propria emergenza sanitaria perciò ha richiesto una riorganizzazione dei servizi e della Sanità mondiale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha indirizzato delle linee guida ai Ministri della Sanità, agli amministratori del sistema sanitario e ad altri esperti del settore al fine di guidare l'organizzazione della cura dei pazienti con Covid-19 rendendo possibile l'accesso ai trattamenti sanitari senza compromettere gli obiettivi di salute pubblica e la sicurezza degli operatori sanitari. Gli obiettivi di salute pubblica in tutte le fasi del piano di preparazione e risposta sono quelli di prevenire le epidemie, ritardare la diffusione del virus e arrestarne la trasmissione e provvedere ad un'assistenza ottimizzata per tutti i malati. Secondo queste linee guida dovrebbe essere introdotto uno strumento standard e convalidato per valutare la gravità dei pazienti e la designazione di un corretto iter medico-assistenziale. Il triage basato sull'acuità è il metodo standard per lo smistamento dei pazienti in ambiente medico. Viene utilizzato come base per identificare i pazienti che richiedono un intervento medico immediato, i pazienti che possono aspettare in sicurezza, o i pazienti che possono aver bisogno di essere trasportati in una struttura specifica in base alle loro condizioni. Viene istituita una linea telefonica dedicata alla gestione dei sospetti Covid-19. Durante la chiamata il paziente viene valutato e viene istruito dove recarsi per sottoporsi al test oppure se deve restare a domicilio in auto isolamento oppure in base alla gravità della sintomatologia gli viene inviata un'ambulanza per garantire il trasporto sicuro presso il presidio predisposto. Sulla base della più ampia coorte di pazienti affetti da COVID-19, circa il 40% dei pazienti affetti da COVID-19 può avere una malattia lieve, in cui il trattamento è per lo più sintomatico e non richiede cure ospedaliere; circa il 40% dei pazienti ha una malattia moderata che può richiedere cure ospedaliere; il 15% dei pazienti presenta una malattia grave che richiede una terapia con ossigeno o altri interventi ospedalieri; e circa il 5% ha una malattia critica che richiede una ventilazione meccanica (World Health Organization

[WHO], 2020). L'European Centre for disease prevention and control ha emanato un Documento con lo scopo di fornire una guida alle strutture sanitarie dell'UE per la gestione dei casi sospetti e confermati di Covid-19. Il personale di assistenza primaria e di emergenza tra cui i medici, il personale infermieristico e amministrativo che si trovano a contatto con i pazienti devono essere messi a conoscenza dell'attuale situazione epidemiologica di Covid-19 nel loro Paese e a livello globale. In particolar modo devono essere resi noti i fattori di rischio, i segni e i sintomi clinici del Covid-19. L'infermiere deve conoscere le misure IPC raccomandate e le procedure per la segnalazione e il trasferimento delle persone sotto indagine e dei casi probabili/confermati; deve valutare la disponibilità in loco di DPI appropriati per tutto il personale; creare un'area separata nel reparto di emergenza per la valutazione e la gestione dei pazienti con sintomi respiratori; eseguire una valutazione del rischio presso il punto di cura per valutare la probabilità di un'infezione da Covid-19 compresa l'infezione clinica. In questo documento viene raccomandato l'impiego di DPI durante la valutazione clinica e la gestione dei pazienti covid-19. I pazienti che risultano positivi devono essere collocati in stanze singole a pressione negativa con bagno dedicato (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2020). I pazienti in isolamento sia ospedaliera, ma anche e soprattutto domiciliare devono limitare l'accesso alle aree comuni e l'assistenza deve essere fornita da un unico familiare che gode di buona salute, ovvero che non presenta patologie pregresse che rappresentano un fattore di rischio per l'insorgenza del Covid-19. Importante è eseguire un valido lavaggio delle mani con soluzioni a base alcolica e la persona con Covid positiva deve adoperare degli utensili e materiali monouso e ad esclusivo uso personale; inoltre deve eseguire un corretto smaltimento dei rifiuti (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2020).

### **1.1. Background**

L'attuale pandemia da nuovo coronavirus SARS CoV-2 ha sollevato, fra le altre problematiche cliniche e di salute pubblica, anche quelle relative alle attività dei livelli di assistenza distrettuale ed ospedaliera erogati dai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) e dai Servizi di Neuropsichiatria Infantile dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA). Va considerato che le persone con disturbi psichiatrici sono, generalmente, più suscettibili alle infezioni per diversi motivi e nel caso del Covid-19 potrebbero essere

più a rischio di contrarre forme gravi. Tale popolazione già presenta un elevato rischio di mortalità: la speranza di vita è ridotta, rispetto alla popolazione generale, di 15-20 anni. Come è ampiamente documentato, tra le persone affette da disturbi psichici sono molto frequenti le malattie respiratorie, la cui causa principale va ascritta a tassi di tabagismo estremamente elevati. Infine, nel corso di un anno, circa il 15% di esse è ricoverato per periodi medio-lunghi di permanenza in contesti ospedalieri e residenziali, con elevato rischio specifico di contrarre patologie per via respiratorie, inclusa la polmonite. Inoltre, le persone con problemi di salute mentale potrebbero essere maggiormente influenzate dalle risposte emotive provocate dall'epidemia Covid-19, con conseguenti ricadute o peggioramento di una condizione di salute mentale già esistente a causa dell'elevata suscettibilità allo stress rispetto alla popolazione generale. Perciò è essenziale far riferimento ad un patrimonio condiviso di modalità operative, applicabili su tutto il territorio nazionale, per evitare che si possano verificare disuguaglianze, interpretazioni difformi di norme e che non vengano intraprese tempestive misure preventive. L'obiettivo è quello di garantire, perdurando l'emergenza sanitaria, il massimo livello di assistenza compatibile con le esigenze di sanità pubblica e di sicurezza delle cure. L'emergenza può così diventare un'occasione importante per sviluppare maggiore assunzione di responsabilità collettiva, e nuovi modi di lavorare con gli utenti e le famiglie, sfruttando al massimo le nuove tecnologie. Le linee guida del Ministero della Salute costituiscono degli elementi di riferimento essenziali per il funzionamento dei Servizi di fronte all'emergenza: la definizione di un piano di risposta dei Servizi e delle singole strutture all'emergenza, da aggiornare alla luce dei cambiamenti epidemici; un'adeguata e costante formazione e addestramento del personale sull'evolvere dell'epidemia e sull'applicazione delle misure adottate; la comunicazione ad operatori, utenti, familiari e altri stakeholders delle misure adottate nei Servizi e delle loro motivazioni; un'attività di sostegno psicologico e pratico agli operatori sanitari impegnati in prima linea nei reparti internistici/infettivologici COVID; la reale disponibilità degli strumenti necessari all'applicazione delle misure adottate (es. Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) per operatori ed utenti, locali per isolamento, ecc.) (Ministero della Salute [MDS], 2020). La Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP), riprendendo le linee guida del Ministero della Salute ha stilato una serie di indicazioni pratiche così da fornire un testo di riferimento da

aggiornare con il contributo dei DSM e dei professionisti più competenti con l'obiettivo di garantire, perdurando l'emergenza sanitaria, il massimo livello di assistenza compatibile con le esigenze di sanità pubblica e di sicurezza delle cure. Nei Centri di Salute Mentale e ambulatori le attività delle strutture territoriali in presenza di utenti vanno riprogrammate garantendo la continuità terapeutica attraverso contatti telefonici, videochiamate ed altre modalità di tele comunicazione; devono essere assicurati gli interventi per i casi urgenti ed i contatti indifferibili, sia in sede che a domicilio. Le Aziende Sanitarie devono attivare all'interno delle Strutture sistemi di videoconferenza. Sono sospese e riorganizzate con altre modalità tutte le attività di gruppo, le riunioni di equipe e tutte le attività che implicano la presenza contemporanea di più operatori. La continuità terapeutica e relazionale con il paziente e i suoi familiari viene mantenuta tramite il colloquio telefonico e telematico. Durante il colloquio l'operatore verifica lo stato di salute fisica, la situazione clinica con riferimento ai segni precoci di crisi e di stress, l'aderenza al trattamento farmacologico, l'abuso di alcool e di sostanze, la situazione delle relazioni intra ed extrafamiliari e delle abitudini di vita quotidiane, il rispetto delle indicazioni generali volte alla limitazione dei contatti sociali e la reazione del paziente a tali norme; la gestione delle informazioni relative al COVID e viene fissato il successivo colloquio. Per le attività in presenza gli operatori devono indossare la mascherina chirurgica continuamente e mantenere il distanziamento, devono eseguire un corretto lavaggio delle mani prima e dopo ogni attività effettuata. All'ingresso nel CSM gli utenti devono indossare la mascherina e riceveranno le indicazioni per effettuare la detersione delle mani, poi verranno direzionati presso la Zona Filtro dove verranno valutati i sintomi tipici del Covid, se sospetto Covid+ deve essere avviato l'isolamento preventivo e contattato il medico di medicina generale. Gli accompagnatori devono essere limitati a quelli strettamente necessari come gli accompagnatori di persone non autosufficienti. Devono essere sospese le attività di gruppo e le riunioni che richiedono la compresenza di più persone. Le visite domiciliari devono essere limitate ai casi urgenti e indifferibili per i quali sussistono difficoltà a raggiungere il Servizio. Nel caso di comparsa dei sintomi Covid la visita va rimandata e mantenuto un contatto telefonico. Gli operatori durante la visita indosseranno la mascherina chirurgica, guanti monouso e manterranno la distanza di un metro. Nei Centri Diurni e Day Hospital le attività delle strutture semiresidenziali vanno ridotte in

modo da limitare il numero di presenze contemporanee, riservandole ai pazienti in cui vi è una necessità inderogabile di supporto diurno. Anche in questo caso la continuità terapeutica viene garantita attraverso contatti telefonici, videochiamate ed altre modalità di telecomunicazione. Sono sospese e riorganizzate tutte le attività di gruppo, le riunioni di equipe e tutte le attività che implicano la presenza contemporanea di più operatori. Nelle strutture residenziali psichiatriche la presenza degli utenti all'interno delle strutture va ridotta in funzione della necessità di osservare il dovuto distanziamento fisico, attraverso dimissioni temporanee, in accordo con il paziente e la famiglia e limitando la permanenza ai soli pazienti in precario compenso clinico e/o senza possibilità di adeguata accoglienza/supporto al domicilio da parte dei familiari. L'ingresso di nuovi pazienti va evitato o limitato ai casi non procrastinabili (ad esempio pazienti provenienti dal SPDC per un periodo di post-acuzie). Per i pazienti dimessi temporaneamente, la continuità terapeutica viene garantita, oltre che attraverso contatti telefonici, videochiamate ed altre modalità di telecomunicazione, anche da visite domiciliari da parte del personale del CSM e/o della Struttura Residenziale. Vengono sospese e riorganizzate tutte le attività di gruppo dei pazienti, le riunioni di equipe e tutte le attività che implicano la presenza contemporanea di più persone. Eccezionalmente vengono mantenute attività di gruppo, ma solo se effettuate in piccoli gruppi ed in spazi ampi ed arieggiati, mantenendo il distanziamento tra le persone che devono indossare mascherine chirurgiche. Nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura i ricoveri vanno limitati ai casi urgenti ed indifferibili. I pazienti con disturbi psichiatrici attivi e sintomi COVID+ vanno ricoverati in camere dedicate nei reparti di area COVID con la presenza di un'équipe psichiatrica che monitori quotidianamente il quadro psicopatologico. Tale possibilità va concordata con la Direzione Strategica delle Aziende Sanitarie e con i Responsabili clinici di area COVID fin dalle fasi iniziali dell'epidemia (Società Italiana di epidemiologia psichiatrica [SIEP], 2020). Nei Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza e di riabilitazione dell'età evolutiva la riorganizzazione delle attività deve poter garantire contemporaneamente la massima continuità e supporto ai pazienti e famiglie e il minimo rischio di diffusione del virus in utenti, familiari e operatori. In particolare, per quanto riguarda il supporto, va tenuto conto che l'emergenza da nuovo coronavirus e le limitazioni conseguenti rappresentano per bambini, ragazzi e famiglie con disturbi NPIA un momento di grandissimo



sovraccarico e alto rischio di sequele negative nel tempo, incluso il disturbo post traumatico da stress, e che pertanto la riorganizzazione delle attività dovrà tenere conto in modo mirato di questi aspetti, garantendo intensità di cura adeguate. Deve essere strutturato il servizio di smart-working, pianificando le attività in remoto. Per ciascun paziente va ridefinito il Piano di Trattamento Individualizzato e fornita una check-list semistrutturata di informazioni utili per definire lo svolgimento dei colloqui, l'organizzazione della giornata le difficoltà nel reperire farmaci, il mantenimento dei contatti sociali e il monitoraggio del cambiamento emotivo e psichico. Particolare attenzione andrà dedicata alle situazioni per le quali l'isolamento in casa e le limitazioni ai movimenti possono essere maggiormente critici dal punto di vista clinico (persone con autismo o con ADHD); risulta di utilità mettere a disposizione materiali di supporto per famiglie, insegnanti e altri operatori, attraverso strumenti sistematizzati e condivisi. Nelle strutture ospedaliere e residenziali bisogna prevedere preventivamente delle soluzioni che permettono di evitare il rientro a casa degli operatori impiegati nell'assistenza e inoltre è necessario preparare i ragazzi ai diversi possibili scenari che si potrebbero presentare (MDS, 2020). Il Center for the Study of Traumatic Stress (CSTS) ha elaborato una guida per gli Psichiatri per garantire il prendersi cura dei pazienti durante la pandemia di Coronavirus. La pandemia ha generato notevole incertezza con il rischio di sviluppare disagio emotivo anche nelle persone non direttamente esposte al virus. Le risposte psicologiche e comportamentali includono reazioni di angoscia (insonnia, ansia, diminuzione di percezione della sicurezza, rabbia), comportamenti di rischio per la salute (aumento dell'uso di alcol e tabacco, alterato equilibrio tra lavoro e vita privata, isolamento sociale, aumento del conflitto familiare e violenza). I bambini e gli adolescenti possono diventare angosciati e manifestare "comportamenti sbagliati", isolamento sociale e sviluppare disturbi come ansia, depressione e disturbo da stress post-traumatico. Nel lavorare con i pazienti gli psichiatri dovrebbero: riconoscere le preoccupazioni e le incertezze che emergono dalle malattie; condividere le conoscenze con l'equipe medica multidisciplinare; identificare i passi che il paziente può fare per ridurre lo stress e sostenere i normali modelli di comportamenti di salute. Si consiglia di limitare l'esposizione ai media al fine di evitare la disinformazione. L'infermiere psichiatrico deve saper riconoscere e normalizzare le reazioni di disagio; insegnare ai pazienti a riconoscere il proprio disagio; discutere le strategie per ridurre il disagio tra

cui rimanere preparati, prendere misure preventive quotidiane, mantenere l'equilibrio sonno-veglia, limitare l'uso di alcool, tabacco e altre droghe, impegnarsi in hobby e attività; in caso di grave esperienza emotiva fare riferimento all'assistenza psichiatrica specializzata. Inoltre è importante tutelare anche la salute e l'equilibrio emotivo dell'operatore sanitario, il quale non deve tralasciare il soddisfacimento dei propri bisogni (Center for the Study of Traumatic Stress [CSTS], 2020). Le linee guida elaborate durante questa pandemia Covid-19 pongono le radici nelle evidenze scientifiche ed esperienze vissute durante le precedenti epidemie; ovvero la SARS che ha interessato nel 2002-2003 alcune province della Cina e del Canada e l'epidemia di febbre emorragica di Ebola, che ha coinvolto nel 2014-2016 alcuni Paesi dell'Africa occidentale (soprattutto Liberia, Sierra Leone, Ghana e Senegal). È stato riscontrato che entrambe le epidemie hanno avuto pesanti ripercussioni dal punto di vista della Salute mentale, sia in termini di aumentata morbilità psichiatrica nelle persone sottoposte a misure di contenimento sanitario (es. isolamento o quarantena) (Brooks, Webster & Smith, 2020), che di aumentata incidenza di disturbi mentali (soprattutto PTSD, disturbi d'ansia e depressivi) nelle persone contagiate che sono riuscite a sopravvivere alla malattia (Keita, Taverne & Sy, 2017) e di aumentato distress psicologico, burn out e patologia psichiatrica franca nei medici ed infermieri impegnati sul fronte dell'emergenza sanitaria (Chen, Wu, Yang & Yen, 2005). Questo incremento improvviso di condizioni patologiche riconducibili alla sfera psichica ha avuto come naturale contraccolpo un'intensa pressione sui servizi psichiatrici sia ospedalieri che ambulatoriali che hanno visto aumentare in maniera notevole le richieste di intervento specialistico, in contesti geografici dove il loro sviluppo sul territorio era molto precario (Mohammed, Sheikh & Poggensee, 2015). Tuttavia, le evidenze presenti in letteratura sono carenti nel definire come le due emergenze sanitarie abbiano impattato sullo stato mentale e sui percorsi trattamentali della tradizionale utenza dei servizi psichiatrici, e in generale, sulle persone che già soffrivano di un disturbo mentale grave prima dello scoppio dell'epidemia. Le persone con disturbi mentali preesistenti risultano più soggette a contrarre l'infezione. Infatti i disturbi mentali possono aumentare il rischio di infezione comprese le polmoniti dovuto anche al fatto che le persone con disturbi mentali hanno bassa consapevolezza del rischio e ridotta attenzione alle procedure di protezione personale. Inoltre, le persone con disturbi mentali possono essere

maggiormente inclini a produrre risposte emotive disfunzionali in relazione all'epidemia, col risultato di andare incontro a ricadute o al peggioramento di un disturbo preesistente a causa della più alta suscettibilità allo stress. Pertanto, le persone con problemi di salute mentale nel corso di una epidemia come quella attuale sono costrette a confrontarsi con una duplice fonte di stigma: quello legato al disturbo mentale (che purtroppo è sempre presente e presumibilmente le accompagnerà per tutta la vita) e quello dovuto all'essere considerate potenziali incontrollati vettori di infezione e contagio. Tutto ciò, ha come conseguenza, che queste persone vengano rifiutate, allontanate e segregate, accrescendo in loro il senso di isolamento ed inefficacia personale, compromettendone un pieno inserimento nel tessuto sociale ed invalidando ogni sforzo terapeutico riabilitativo messo in atto dai servizi (Lasalvia, 2020). Perciò questa revisione della letteratura si pone il problema di analizzare le conseguenze e l'impatto della pandemia nei soggetti affetti da problemi di salute mentale preesistenti soffermandosi sull'organizzazione dell'assistenza durante questo periodo di emergenza sanitaria.

## **2. OBIETTIVO**

L'obiettivo di questa revisione della letteratura è quello di riassumere i risultati dei principali studi condotti sull'impatto della pandemia COVID-19 nell'ambito della salute mentale.

Al fine di identificare tali aspetti, i quesiti che hanno guidato la revisione sono:

- Quali sono le conseguenze della pandemia Covid-19 nell'organizzazione dell'assistenza psichiatrica?
- Quali sono le conseguenze della pandemia Covid-19 sulle persone affette da problemi di salute mentale preesistenti?

### **3. MATERIALI E METODI**

#### **3.1. Disegno di studio**

È stata realizzata una revisione della letteratura sull'impatto della pandemia Covid-19 sulle persone con problemi di salute mentale preesistenti la diffusione della SARS-CoV2; concentrando l'attenzione sull'organizzazione dell'assistenza e dei servizi di salute mentale durante l'emergenza sanitaria e definendo le conseguenze della pandemia sui problemi di salute mentale manifestati dai soggetti. La revisione è stata condotta seguendo l'approccio metodologico di Whittemore & Knaf (2005). Per la stesura di una revisione integrativa, infatti, si utilizza un metodo specifico che riassume la letteratura empirica e teorica per arrivare ad una maggiore comprensione di un particolare fenomeno o di un problema di salute. L'approccio di Whittemore & Knafl permette di includere diverse metodologie di ricerca (sperimentale e non sperimentale), includendo sia studi qualitativi che quantitativi per contribuire così alla presentazione di diverse prospettive del fenomeno in questione e che è stato ritenuto importante per la scienza e la pratica infermieristica (Whittemore & Knafl, 2005).

#### **3.2. Criteri di inclusione**

Sono stati inclusi tutti gli articoli disponibili in full text pubblicati in lingua inglese, i quali trattassero le conseguenze della pandemia COVID-19 nei soggetti con problemi di salute mentale o l'organizzazione dell'assistenza e dei servizi di salute mentale durante la pandemia o entrambe le tematiche. La popolazione presa in esame doveva presentare problemi di salute mentale preesistenti la diffusione della pandemia COVID-19. Sono stati inclusi tutti gli studi che presentavano una popolazione di studio di soli adulti. Sono stati presi in esame tutti gli studi qualitativi e quantitativi e revisioni della letteratura.

### **3.3. Criteri di esclusione**

Sono stati esclusi tutti gli articoli che trattavano l'impatto della pandemia COVID-19 in altri campioni di studio non includibili nella ricerca. Infatti non sono stati inclusi nella ricerca gli articoli che: trattavano gli effetti della pandemia sulla salute mentale degli operatori sanitari i quali si sono trovati ad agire in prima linea durante la pandemia Covid-19; esaminavano l'impatto della pandemia Covid-19 sulla popolazione generale e le conseguenti pianificazioni assistenziali ad essa rivolte; che presentavano come campione di studio i soggetti con patologie neurologiche; che avevano come campione di studio la popolazione anziana e i minori.

Infine, per quanto riguarda la tipologia documentale sono stati esclusi: editoriali e lettere all'editore.

### **3.4. Strategia di ricerca**

La ricerca è stata condotta tramite la consultazione della banca dati biomedica MEDLINE (interfaccia di PubMed) e la banca dati biomedica CINAHL (interfaccia EBSCO). Sono state applicate ad entrambe le banche dati le stesse stringhe di ricerca. Sono stati utilizzati i termini liberi "Covid" e "Covid-19" e i termini MeSH "coronavirus" e "mental health" combinati tra loro con gli operatori booleani OR e AND. Per ottenere maggiori risultati è stato aggiunto il termine "nurs\*" alla stringa tramite l'operatore booleano AND. Sono stati limitati i risultati alla popolazione adulta. Gli articoli selezionati e le rispettive stringhe di ricerca sono sintetizzati nella Tabella 4.

### **3.5. Estrazione dei dati**

Nella stesura di revisioni integrative, il processo di valutazione della qualità è molto complesso e non esistono linee guida o gold standard per effettuarne la conduzione. In accordo con il metodo integrativo di Whittemore e Knalf (2005), l'inserimento di diverse fonti di dati all'interno di una revisione integrativa, includendo quindi la letteratura qualitativa, quantitativa e con metodi misti, rende il processo di valutazione degli studi molto più complesso e perciò tutti gli studi che hanno soddisfatto i criteri di inclusione sono stati trattati equamente nel determinare il loro contributo a questo lavoro (Whittemore & Knalf, 2005). Tutti gli articoli selezionati per lo studio sono stati tradotti in lingua italiana, analizzati e riassunti in tabelle sinottiche in cui vengono

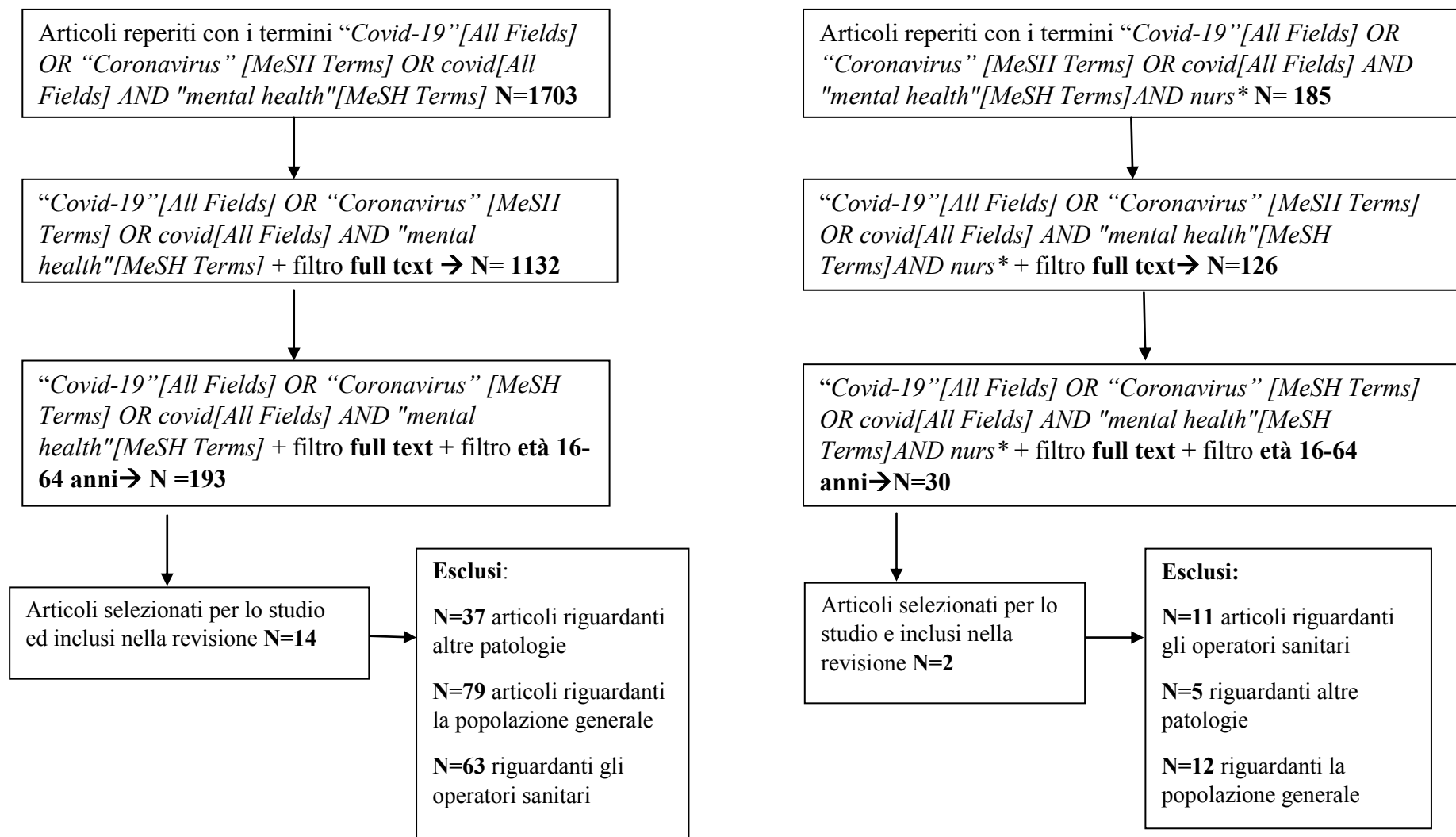
rappresentati l'autore, il titolo dell'articolo, la rivista e l'anno di pubblicazione, il setting di studio, il campione di studio, il disegno di studio, i principali obiettivi, risultati e conclusioni.

### **3.6. Screening degli studi**

Attraverso una ricerca effettuata tramite la consultazione della banca dati MEDLINE (interfaccia PubMed) applicando la stringa di ricerca *“Covid-19”[All Fields] OR “Coronavirus” [MeSH Terms] OR covid[All Fields] AND “mental health”[MeSH Terms]* sono stati identificati 1703 articoli. Aggiungendo il filtro “full text” si sono ottenuti 1132 articoli. Sono state escluse le lettere all'editore ottenendo 852 risultati; limitando ulteriormente la ricerca agli articoli che presentavano come campione di studio una popolazione compresa tra i 16 e i 64 anni si sono ottenuti 193 risultati. In seguito ad un'attenta analisi del titolo, dell'abstract e dopo aver indagato che gli articoli rispondessero ai quesiti di ricerca sono stati esclusi 37 articoli che presentavano come campione di studio le persone con malattie neurologiche o altre patologie; 79 articoli che trattavano dell'impatto della pandemia Covid-19 e della conseguente organizzazione dei piani assistenziali sulla popolazione pubblica generale; 63 articoli che trattavano gli effetti della pandemia Covid-19 sugli operatori sanitari che si sono trovati ad operare in prima linea durante la pandemia. Sono stati selezionati 14 articoli. È stata eseguita un'ulteriore ricerca adoperando la stringa di ricerca *“Covid-19”[All Fields] OR “Coronavirus” [MeSH Terms] OR covid[All Fields] AND “mental health”[MeSH Terms]AND nurs\*[All Fields]* ottenendo 185 articoli; applicando il filtro “full text” si sono ottenuti 126 articoli. Sono state escluse le lettere all'editore ottenendo 100 articoli. Limitando ulteriormente la ricerca agli articoli che presentavano come campione di studio una popolazione compresa tra i 16 e i 64 anni si sono ottenuti 30 articoli. Applicando le stesse modalità di selezione e analisi, sono stati esclusi 11 articoli i quali trattavano l'impatto della pandemia Covid-19 sugli operatori sanitari; 5 articoli che presentavano come campione di studio le persone con malattie neurologiche o altre patologie; 12 articoli trattavano gli effetti della pandemia Covid-19 sulla popolazione generale. Sono stati reputati utili ai fini della ricerca 2 articoli, già compresi nella stringa precedente. Un'ulteriore ricerca adoperando la banca dati CINAHL (interfaccia EBSCO) ha permesso di ottenere altri 2 articoli. Sono state adoperate le

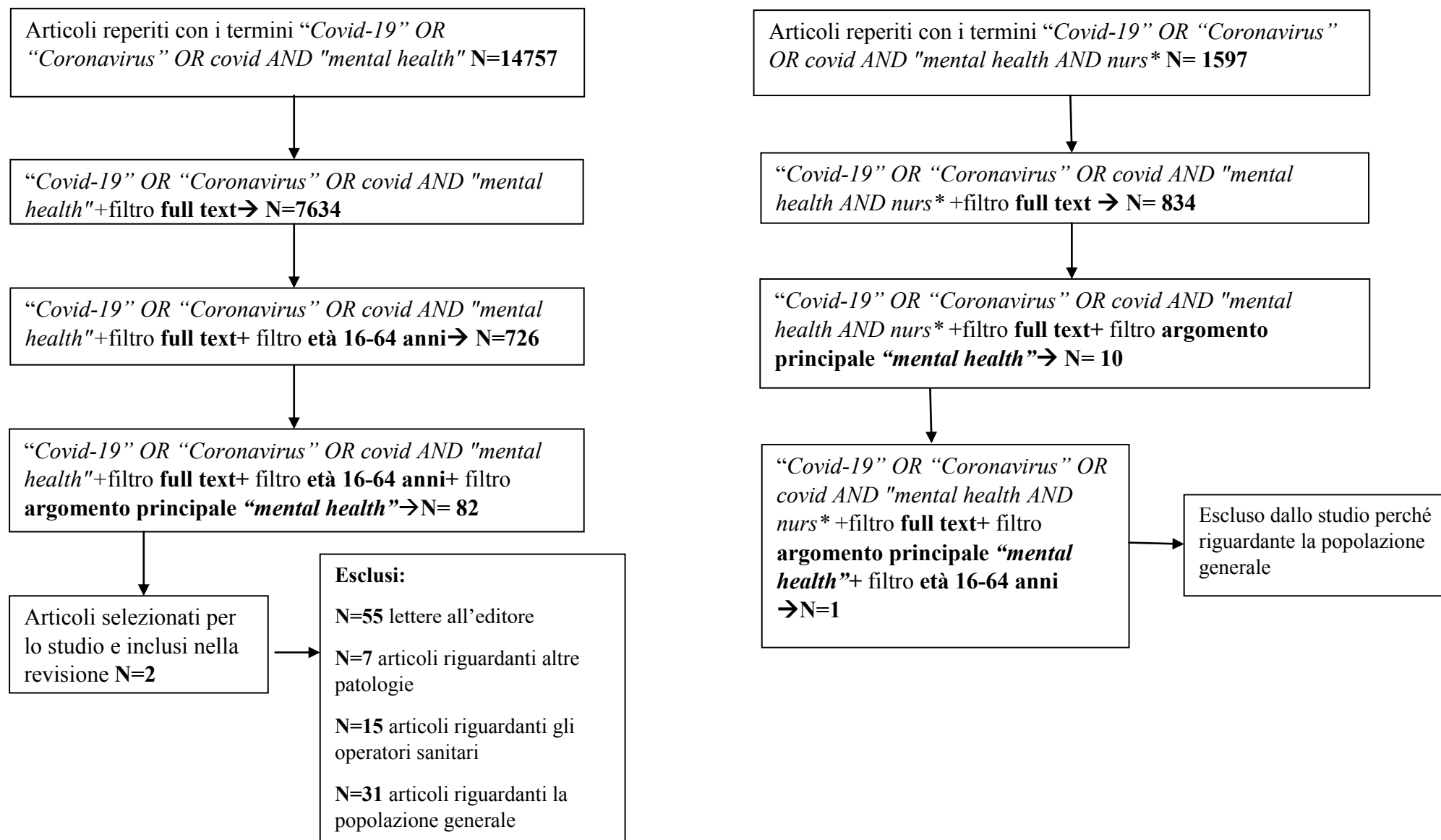
stesse stringhe di ricerca. Applicando la stringa di ricerca *Covid-19 OR Coronavirus OR Covid AND "mental health"* si sono ottenuti 14757 articoli. Limitando la ricerca agli articoli presenti in full text si sono ottenuti 7634 articoli. Limitando ulteriormente la ricerca agli articoli che presentavano come campione di studio una popolazione compresa tra i 16 e i 64 anni si sono ottenuti 726 articoli. Limitando ulteriormente la ricerca agli articoli che avevano “*mental health*” come argomento principale si sono ottenuti 82 articoli. Escludendo le lettere all’editore sono risultati disponibili 55 articoli. In seguito ad un’attenta analisi del titolo, dell’abstract e dopo aver indagato che gli articoli rispondessero ai quesiti di ricerca sono stati esclusi 7 articoli che presentavano come campione di studio la popolazione affetta da altre patologie o da malattie neurologiche; 15 articoli i quali presentano come popolazione di studio gli operatori sanitari; 31 articoli che presentano come campione di studio la popolazione generale. È stata eseguita un’ulteriore ricerca adoperando la stringa di ricerca *Covid-19 OR Coronavirus OR Covid AND "mental health" AND nurs\**. La ricerca ha dato 1597 risultati; limitando la ricerca agli articoli presenti in full text si sono ottenuti 834 articoli. Escludendo le lettere all’editore sono risultati 486 articoli. Limitando ulteriormente la ricerca agli articoli che avevano “*mental health*” come argomento principale si sono ottenuti 10 articoli. Prendendo in considerazione soltanto gli studi che presentavano una popolazione adulta si è ottenuto 1 articolo , il quale è stato escluso poiché presentava come campione di studio la popolazione generale. Sono stati inclusi 11 studi qualitativi, 3 studi quantitativi e 2 revisioni della letteratura.

**Tabella 1.** Processo di selezione degli studi su MEDLINE tramite le stringhe di ricerca.

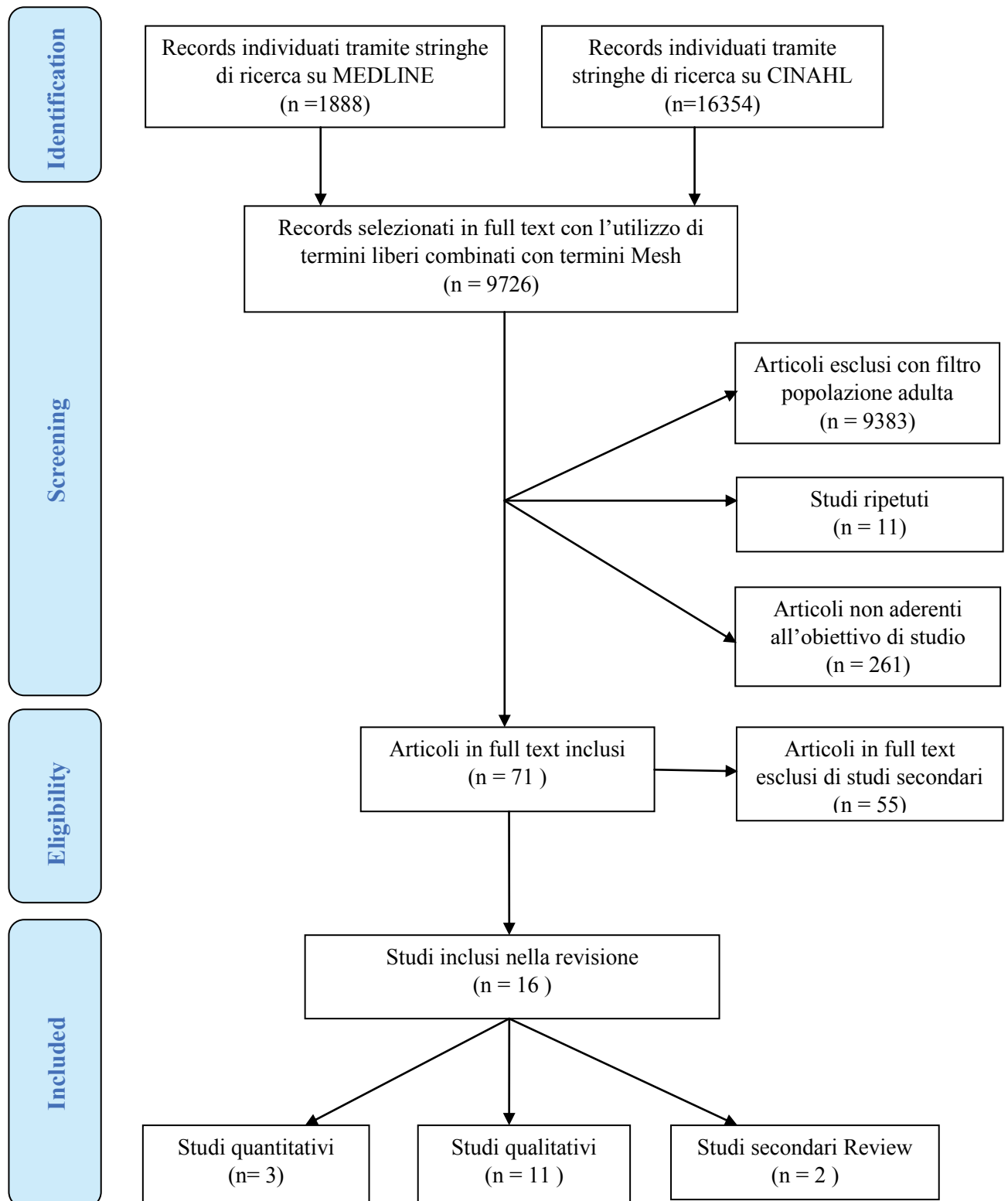




**Tabella 2.** Processo di selezione degli studi su CINAHL tramite le stringhe di ricerca.



**Tabella 3.** PRISMA Flowchart: processo di identificazione e selezione degli studi inclusi.



**Tabella 4.** Stringhe di ricerca utilizzate per la selezione degli articoli.

<b>Autore (anno), articolo, rivista</b>	<b>Database</b>	<b>Stringhe di ricerca</b>	<b>Full text</b>	<b>Abstract</b>
Waller et al. (2020) <b>Cognitive-behavioral therapy in the time of coronavirus: Clinician tips for working with eating disorders via telehealth when face-to-face meetings are not possible,</b> <i>International Journal of eating disorders</i>	<b>MEDLINE</b>  <b>(PubMed)</b>	“Covid-19”[All Fields] OR “Coronavirus” [MeSH Terms] OR covid[All Fields] AND "mental health"[MeSH Terms]	<b>SI</b>	<b>SI</b>
Chevance et al. (2020) <b>Ensuring mental health care during the SARS-CoV-2 epidemic in France: a narrative review</b> <i>L'Encephale</i>	<b>MEDLINE</b>  <b>(PubMed)</b>	“Covid-19”[All Fields] OR “Coronavirus” [MeSH Terms] OR covid[All Fields] AND "mental health"[MeSH Terms] “Covid-19”[All Fields] OR “Coronavirus” [MeSH Terms] OR covid[All Fields] AND "mental health"[MeSH Terms]AND nurs*[All Fields]	<b>SI</b>	<b>SI</b>
DeGirolamo et al. (2020) <b>Psychiatric hospitalization rates in Italy before and during Covid-19: did they change? An analysis of register data</b> <i>Irish Journal of Psychological Medicine</i>	<b>MEDLINE</b>  <b>(PubMed)</b>	“Covid-19”[All Fields] OR “Coronavirus” [MeSH Terms] OR covid[All Fields] AND "mental health"[MeSH Terms]	<b>SI</b>	<b>SI</b>
Narasimha et al. (2020) <b>Complicated Alcohol Withdrawal—An Unintended Consequence of COVID-19 Lockdown</b> <i>Alcohol and Alcoholism</i>	<b>MEDLINE</b>  <b>(PubMed)</b>	“Covid-19”[All Fields] OR “Coronavirus” [MeSH Terms] OR covid[All Fields] AND "mental health"[MeSH Terms]	<b>SI</b>	<b>SI</b>
Bojdani et al. (2020) <b>COVID-19 Pandemic: Impact on Psychiatric Care in the United States, a Review</b> <i>Psychiatry Research</i>	<b>MEDLINE</b>  <b>(PubMed)</b>	“Covid-19”[All Fields] OR “Coronavirus” [MeSH Terms] OR covid[All Fields] AND "mental health"[MeSH Terms]	<b>SI</b>	<b>SI</b>

Ransing et al. (2020) <b>A Conceptual Framework for Developing, Implementing, and Evaluating Mental Health Interventions during COVID-19 Pandemic: Early Career Psychiatrists' Perspectives across the World.</b> <i>Asian Journal of Psychiatry</i>	<b>MEDLINE</b>  <b>(PubMed)</b>	"Covid-19"[All Fields] OR "Coronavirus" [MeSH Terms] OR covid[All Fields] AND "mental health"[MeSH Terms]	<b>SI</b>	<b>SI</b>
Percudani et al. (2020) <b>Mental Health Services in Lombardy during COVID-19 outbreak</b> <i>Psychiatry Research</i>	<b>MEDLINE</b>  <b>(PubMed)</b>	"Covid-19"[All Fields] OR "Coronavirus" [MeSH Terms] OR covid[All Fields] AND "mental health"[MeSH Terms]	<b>SI</b>	<b>SI</b>
Zhu et al. (2020) <b>Nosocomial infections in psychiatric hospitals during the new coronavirus pneumonia out break</b> <i>The European Journal of Psychiatry</i>	<b>MEDLINE</b>  <b>(PubMed)</b>	"Covid-19"[All Fields] OR "Coronavirus" [MeSH Terms] OR covid[All Fields] AND "mental health"[MeSH Terms]	<b>SI</b>	<b>SI</b>
Kavoor et al. (2020) <b>Remote consultations in the era of COVID-19 pandemic: Preliminary experience in a regional Australian public acute mental health care setting</b> <i>Asian Journal of Psychiatry</i>	<b>MEDLINE</b>  <b>(PubMed)</b>	"Covid-19"[All Fields] OR "Coronavirus" [MeSH Terms] OR covid[All Fields] AND "mental health"[MeSH Terms]	<b>SI</b>	<b>SI</b>
Fatke et al. (2020) <b>Psychische Probleme in der Pandemie Beobachtungen während der COVID-19-Krise</b> <i>Deutsche Medizinische Wochenschrift</i>	<b>MEDLINE</b>  <b>(PubMed)</b>	"Covid-19"[All Fields] OR "Coronavirus" [MeSH Terms] OR covid[All Fields] AND "mental health"[MeSH Terms]	<b>SI</b>	<b>SI</b>
Starace et al. (2020) <b>COVID-19 disease emergency operational instructions for Mental Health Departments issued by the Italian Society of Epidemiological Psychiatry</b> <i>Epidemiology and Psychiatric Sciences</i>	<b>MEDLINE</b>  <b>(PubMed)</b>	"Covid-19"[All Fields] OR "Coronavirus" [MeSH Terms] OR covid[All Fields] AND "mental health"[MeSH Terms]	<b>SI</b>	<b>SI</b>
Tor et al. (2020) <b>ECT in a time of COVID-19</b> <i>Journal of Electroconvulsive Therapy</i>	<b>MEDLINE</b>  <b>(PubMed)</b>	"Covid-19"[All Fields] OR "Coronavirus" [MeSH Terms] OR covid[All Fields] AND "mental health"[MeSH Terms]	<b>SI</b>	<b>SI</b>

De Girolamo et al. (2020) <b>Mental Health in the Coronavirus Disease 2019 Emergency— The Italian Response</b> <i>Journal of the American Medical Association Psychiatry</i>	<b>MEDLINE</b>  <b>(PubMed)</b>	“Covid-19”[All Fields] OR “Coronavirus” [MeSH Terms] OR covid[All Fields] AND "mental health"[MeSH Terms] “Covid-19”[All Fields] OR “Coronavirus” [MeSH Terms] OR covid[All Fields] AND "mental health"[MeSH Terms]AND nurs*[All Fields]	<b>SI</b>	<b>SI</b>
Hu & Mao. (2020) <b>Emergency Management of Mental Hospitals during the Outbreak of COVID-19</b> <i>Psychiatry Investigation</i>	<b>MEDLINE</b>  <b>(PubMed)</b>	“Covid-19”[All Fields] OR “Coronavirus” [MeSH Terms] OR covid[All Fields] AND "mental health"[MeSH Terms]	<b>SI</b>	<b>SI</b>
Fineberg et al. (2020) <b>How to manage obsessive-compulsive disorder (OCD) under COVID-19: A clinician's guide from the International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS) and the Obsessive-Compulsive and Related Disorders Research Network (OCRN) of the European College of Neuropsychopharmacology</b> <i>Comprehensive Psychiatry</i>	<b>CINAHL</b>  <b>(EBSCO)</b>	Covid-19 OR Coronavirus OR Covid AND "mental health"	<b>SI</b>	<b>SI</b>
Fernández-Aranda et al. (2020) <b>COVID-19 and implications for eating disorders</b> <i>European Eating Disorders Review</i>	<b>CINAHL</b>  <b>(EBSCO)</b>	Covid-19 OR Coronavirus OR Covid AND "mental health"	<b>SI</b>	<b>SI</b>

## **4. RISULTATI DELLA RICERCA**

### **4.1. Caratteristiche principali degli studi**

Nella revisione sono stati inclusi 16 articoli, dei quali 11 di tipo qualitativo (De Girolamo et al., 2020; Fatke, Holzle, Frank & Forstl, 2020; Fineberg et al., 2020; Hu & Mao, 2020; Ji, Li, Huang & Zhu, 2020; Kavoor, Chakravarthy & John, 2020; Percudani, Corradin, Moreno, Indelicato & Vita, 2020; Ransing et al., 2020; Starace & Ferrara, 2020; Tor, Phu, Koh & Mok, 2020; Waller et al., 2020), tre studi quantitativi di tipo osservazionale (De Girolamo et al., 2020; Fernandez-Aranda et al., 2020; Narasimha et al., 2020) e due revisioni di studi qualitativi (Chevance et al., 2020; Bodjani et al., 2020). Gli studi sono stati condotti in Europa, Asia, Australia e Stati Uniti. Gli studi revisionati permettono di approfondire l'impatto della pandemia Covid-19 nell'organizzazione dei servizi di salute mentale e dell'assistenza psichiatrica e di definire le conseguenze dell'emergenza sanitaria sulle persone con disturbi mentali. Inoltre, questi studi forniscono una visione futura dell'assistenza definendo la necessità di elaborare linee guida e protocolli condivisi dalle varie istituzioni sanitarie e adoperare nuove risorse di pianificazione assistenziale. Le caratteristiche principali degli studi selezionati sono sintetizzati nella Tabella 5.

### **4.2. Conseguenze della pandemia Covid-19 nell'organizzazione dell'assistenza psichiatrica**

Tra gli studi selezionati undici di questi trattano le conseguenze della pandemia Covid-19 nell'organizzazione dell'assistenza psichiatrica; nove dei quali hanno portato a dei cambiamenti in procedure, protocolli e linee guida con evidenti riscontri in ambito pratico-organizzativo nei servizi di salute mentale. In particolar modo è risultato fondamentale modificare le modalità di accesso alle strutture psichiatriche svolgendo il triage per via telefonica con il fine di limitare gli affollamenti nelle sale d'attesa ed evitare spostamenti non ritenuti necessari (Percudani et al., 2020). Il triage telefonico ha permesso di valutare lo stato di salute fisica, ovvero la presenza di tosse, febbre e dispnea e lo stato di salute mentale dei pazienti consentendo agli operatori sanitari di definire la necessità di accesso al servizio da parte dell'utente basandosi su criteri valutativi quali: la presenza di condizioni clinicamente stabili; la presenza di supporto familiare a domicilio; una buona aderenza al trattamento e la volontà del paziente di

adoperare dei servizi di telemedicina (Starace & Ferrara, 2020). Con il fine di limitare i contagi e la diffusione del virus, i nuovi protocolli e linee guida hanno trovato applicazione nelle varie tipologie di servizi di salute mentale in diverse aree geografiche. Le prime indicazioni operative giungono dalla Cina, in particolare dal Centro di Salute Mentale di Wuhan, dove Ji et al. (2020) hanno elaborato, tramite uno studio qualitativo, delle linee guida che fornissero delle indicazioni strutturate per l'organizzazione dei servizi nei reparti psichiatrici europei individuando alcuni interventi necessari, eseguire esami di controllo prima dell'ammissione dei pazienti, quali la misurazione della temperatura corporea, esami ematici di routine ed esami di imaging (TC del torace), istituire una sala di osservazione per i pazienti sospetti o positivi al covid-19 al fine di garantire un periodo di osservazione clinica di 14 giorni, assicurarsi che sia disponibile personale medico-sanitario specializzato e responsabile della valutazione giornaliera della salute fisica dei pazienti con disturbi mentali, effettuare lo screening e garantire le protezioni necessarie per il personale medico e infermieristico, come ad esempio Maschera N95 e copricamiche isolante, rafforzare la formazione del personale medico-sanitario negli ospedali psichiatrici, ridurre l'affluenza al reparto psichiatrico al fine di garantire posti a sufficienza per il trattamento di disturbi respiratori causati dal covid-19, proibire le visite dei familiari e restare in collegamento con le istituzioni (Ji et al., 2020). In Cina, presso l'ospedale psichiatrico di Hangzhou, gli operatori di salute mentale sono stati sottoposti ad interviste con il fine di elaborare delle linee guida rivolte sia ai dipendenti che ai pazienti con lo scopo di prevenire la trasmissione del Covid-19. Per i dipendenti è risultato necessario indossare i DPI adeguati, sottoporsi ad un monitoraggio della temperatura corporea ad ogni inizio turno, aggiornare le loro competenze e conoscenze, svolgere una corretta igiene delle mani, smaltire adeguatamente i rifiuti ed evitare assembramenti negli spazi comuni. Gli operatori, in seguito alle interviste effettuate in merito alla trasmissione del Covid-19, riferiscono l'importanza di monitorare la temperatura corporea dei pazienti, eseguire loro approfondimenti diagnostici di tipo radiologico ed ematochimico per confermare la presenza della patologia e, infine emerge la necessità di impedire l'ingresso dei visitatori nei reparti (Hu & Mao, 2020). L'importanza del monitoraggio della temperatura corporea si è dimostrato un intervento fondamentale anche in Francia; infatti una revisione di 46 studi qualitativi ha portato

all'elaborazione di un protocollo pratico-organizzativo in cui risultava necessario, prima di accedere alle strutture la rilevazione della temperatura e un periodo di quarantena di 14 giorni (Chevance et al., 2020).

Le linee guida elaborate in Italia hanno permesso di definire le istruzioni operative da attuare nei Servizi ambulatoriali, domiciliari, ospedalieri e nei centri diurni; in queste strutture risulta necessario che gli operatori e i pazienti indossino adeguati DPI, eseguano una corretta igiene delle mani e rispettino le misure di distanziamento. Inoltre, per tutelare la salute dei pazienti e degli operatori e garantire la migliore assistenza possibile è risultato indispensabile sospendere le nuove ammissioni nei reparti psichiatrici che non fossero in grado di fornire camere di isolamento, DPI adeguati e test di screening (Starace & Ferrara, 2020).

In Lombardia, attraverso uno studio condotto presso i 27 Dipartimenti di Salute Mentale, è stata predisposta la chiusura dei centri diurni e la limitazione delle visite domiciliari con conseguente difficoltà nel garantire una continuità assistenziale per limitare il contagio all'interno dei reparti (De Girolamo et al., 2020).

Con il diffondersi della pandemia anche negli USA è risultato necessario attuare degli adeguamenti operativi nelle varie strutture ambulatoriali, di pronto soccorso, unità di degenza e servizi di consulenza definendo delle stanze di isolamento nelle unità psichiatriche e limitando il numero di accessi, i quali potevano avvenire solo dopo essersi sottoposti al protocollo di screening (Bodjani et al., 2020).

Il Singapore Institute of Mental Health (IMH) è l'unico ospedale psichiatrico terziario di Singapore con 1900 letti di degenza e circa 40.000 pazienti ambulatoriali e cura circa l'80% del carico nazionale di pazienti psichiatrici. Nell'IMH, la terapia elettroconvulsivante (ECT) è prescritta principalmente per gli individui affetti da schizofrenia (47%); da disturbo schizoaffettivo (20,3%); da depressione (20,4%) e da disturbi maniacali (6,8%). Poiché durante l'ECT l'infermiere si trova a diretto contatto con le vie aeree del paziente per garantire il mantenimento dello stato di anestesia generale e dovendo incoraggiare continuamente la tosse dell'assistito è risultato indispensabile elaborare un protocollo di intervento durante questa procedura. Il piano di intervento definisce necessario adeguare le misure di controllo dell'infezione al livello DORSCON, ovvero al massimo livello di emergenza sanitario presente a Singapore, garantendo i DPI adeguati sia ai pazienti che agli operatori sanitari;



rivedendo le sedute di ECT, minimizzando il rischio di infezione riorganizzando il team costituendolo di due operatori di elettroshock, due anestesisti e 11 infermieri. Inoltre si è suddiviso l'ingresso dei pazienti alla sala in base al luogo fisico di provenienza (come ad esempio i pazienti ricoverati in reparto divisi dai pazienti ambulatoriali), così da ridurre al minimo il rischio di contagio (Tor et al., 2020).

Un quadro concettuale per guidare l'implementazione degli interventi di salute mentale è stato definito tramite lo studio qualitativo condotto da Ransing et al. (2020) sottoponendo ad interviste semi-strutturate 16 clinici psichiatri provenienti da diversi Paesi parte dell'OMS. Analizzando lo studio, risulta necessario riorganizzare il primo soccorso psicologico adoperando strumenti di tele psichiatria e servizi da remoto, migliorare la formazione degli operatori sanitari con continui aggiornamenti, favorire la collaborazione multidisciplinare coordinando gli interventi medico-assistenziali (Ransing et al., 2020).

L'impatto della pandemia nei servizi di salute mentale ha causato un evidente calo del numero medio di ammissioni (riduzione del 25,7%) in sette reparti psichiatrici in Lombardia; questo dato è stato ottenuto confrontando la variazione dei tassi di ammissione tra il periodo gennaio-marzo 2020 e lo stesso periodo dell'anno precedente. Questo calo potrebbe essere dovuto, sia alla paura delle persone di contrarre il virus con conseguente evitamento degli ospedali, sia alle limitazioni di accesso definite dalle varie strutture (De Girolamo et al., 2020).

Le limitazioni di spostamento tra le diverse aree geografiche e la riduzione di libero accesso ai servizi di salute mentale hanno portato alla necessità di organizzare l'assistenza psichiatrica sfruttando i sistemi di telemedicina. L'impiego di servizi di telemedicina ha garantito la continuità assistenziale e terapeutica dopo la chiusura dei servizi territoriali; inoltre ha permesso nelle strutture ospedaliere e residenziali il contatto dei pazienti con i propri familiari, il quale non risultava più possibile in presenza (Chevance et al., 2020). La telemedicina è risultata una risorsa fondamentale anche in Italia garantendo le consultazioni online e permettendo la gestione delle emergenze psichiatriche (De Girolamo et al., 2020). In seguito all'aumento dei contagi e alla paura di contrarre il virus anche in USA l'assistenza psichiatrica è stata mantenuta sfruttando i sistemi di telemedicina o pianificando incontri telefonici (Bodjani et al., 2020). Con il fine di fornire informazioni riguardo la gestione dei servizi di

telemedicina e teleassistenza nei pazienti con disturbi di alimentazione, 70 clinici psichiatrici provenienti da diverse aree del globo sono stati sottoposti ad un questionario online, permettendo di affermare l'importanza dell'utilizzo della telemedicina nell'assistenza psichiatrica. Inoltre, risulta fondamentale l'impiego di software adeguati che permettano anche le riunioni di gruppo così da evitare l'isolamento del paziente; inoltre la telemedicina permette di collaborare con il paziente nella gestione dell'ansia evitando che il peso delle responsabilità e della situazione gravino su l'assistito (Waller et al., 2020).

Il diffondersi della pandemia ha causato la necessità di adottare un approccio collaborativo nell'organizzazione dei servizi e nella modalità di fornire assistenza come affermato da Kavour et al. (2020) tramite uno studio qualitativo condotto in Australia effettuato sottoponendo ad intervista gli operatori sanitari di un centro di salute mentale. Infatti, anche con il fine di evitare ricadute e il peggioramento dei disturbi il team di acute care ha implementato l'utilizzo di strumenti telematici che hanno favorito il controllo e la gestione delle emergenze garantendo una continuità assistenziale e un approccio collaborativo con gli altri professionisti (Kavour et al., 2020).

L'importanza dell'organizzazione di un team infermieristico correttamente formato e istruito nella gestione dell'emergenza pandemica è risultato di fondamentale importanza anche nella revisione della letteratura condotta in Francia (Chevance et al., 2020). Questi cambiamenti nell'organizzazione dei servizi e nella modalità di fornire assistenza psichiatrica hanno dei riscontri diretti nei pazienti, perciò risulta fondamentale educare l'assistito al nuovo contesto creato dalla pandemia Covid-19. Nonostante i notevoli cambiamenti l'infermiere psichiatrico deve cercare di favorire nel paziente il mantenimento di un buon stile di vita favorendo l'equilibrio sonno-veglia; lo svolgimento di esercizio fisico e il rispetto di una dieta equilibrata. Inoltre il paziente deve cercare, per quanto possibile, di mantenere una routine quotidiana pianificando le proprie attività, mantenendo i legami sociali, aiutandosi anche tramite tecniche di rilassamento e meditazione vista la difficoltà di accesso e confronto con figure che forniscano supporto psicologico (Chevance et al., 2020).

Inoltre, vista la difficoltà delle persone con disturbi di salute mentale di seguire e rispettare le norme di sicurezza adottate durante la pandemia, risulta fondamentale un monitoraggio continuo dei pazienti in contatto con i servizi di salute mentale per

un'attenta valutazione delle loro condizioni sia da un punto di vista medico che assistenziale (Percudani et al., 2020). Gli attuali piani governativi sono scarsamente adatti ad essere applicati ad istituti psichiatrici in un contesto di gravi carenze organizzative, di materiali e di risorse umane. Risulta necessario riorganizzare l'offerta di assistenza e creare dei piani di gestione delle emergenze.

### **4.3. Conseguenze della pandemia Covid-19 nelle persone con problemi di salute mentale**

Tra gli studi selezionati cinque di questi trattano le conseguenze della pandemia Covid-19 nelle persone con disturbi mentali. Una revisione di studi qualitativi realizzata da Chevance et al. (2020) in Francia in occasione della pandemia COVID-19 ha permesso di individuare quattro tipi principali di vulnerabilità emersi e riconoscibili in pazienti con disturbi mentali. Si evidenzia, una prima vulnerabilità di tipo immuno-genetico, secondo cui gli individui che soffrono di schizofrenia, disturbi bipolari, depressione e disturbi d'ansia presentano una scarsa difesa contro le infezioni come toxoplasmosi, herpes e anche infezioni da pneumococco e respiratorie, una seconda tipologia di vulnerabilità correlata al fattore età, secondo cui gli anziani risultano più vulnerabili e presentano un alto rischio di esacerbazione di disturbi psichici e un aggravamento dei sintomi psichiatrici e cognitivi con una conseguente perdita dell'autonomia, una terza vulnerabilità di tipo cognitivo-comportamentale, la quale dimostra che le persone con gravi disturbi psichiatrici manifestano maggior difficoltà nel rispettare le istruzioni di confinamento per limitare il contagio del virus come ad esempio rifiutarsi di indossare i dispositivi di protezione individuale. Tutto questo può scaturire in episodi di scompenso di una patologia psichiatrica fino a dover ricorrere al ricovero ospedaliero o in strutture dedicate. Inoltre l'isolamento e il cambiamento di abitudini imposte dal lockdown hanno determinato modifiche nelle condizioni di vita socioeconomiche aggravando la vulnerabilità psicosociale e amplificando la stigmatizzazione nei confronti degli individui con disturbi mentali (Chevance et al., 2020).

Con l'obiettivo di valutare l'impatto delle prime due settimane di lockdown obbligato dalla pandemia Covid-19 Fernandez-Aranda et al. (2020) hanno individuato, tramite uno studio osservazionale condotto su 32 pazienti con disturbi alimentari, che il 38% dei pazienti presi in esame ha manifestato un aggravamento della sintomatologia del

proprio disturbo alimentare, mentre il 56,2% ha riportato sintomi di ansia, di cui quattro di essi sono andati incontro ad un aggravarsi delle condizioni stressogene, le quali sono sfociate nell'impossibilità di controllo del proprio comportamento (Fernandez-Aranda et al., 2020).

La quarantena forzata causata dalla pandemia Covid-19 può risultare un fattore di rischio per le persone alcol-dipendenti. Infatti, analizzando il numero di visite in un dipartimento di emergenza indiano per convulsioni da astinenza da alcol, delirium tremens e allucinosi da astinenza da alcol tra il 1 ° gennaio 2020 e l'11 aprile 2020 si è riscontrato in tutti i pazienti un consumo giornaliero eccessivo di alcol. Questo determina la necessità di elaborare una strategia di pianificazione di disintossicazione sicura attuabile anche a livello domiciliare (Narasimha et al., 2020).

Un deterioramento delle condizioni patologiche con incremento della tensione ansiosa-affettiva si è riscontrato anche nei pazienti affetti da schizofrenia nei quali risulta maggiormente difficoltoso il controllo della realtà e delle proprie facoltà con un conseguente aumento dei fenomeni di crisi richiedendo un immediato ricovero in ospedale e un adeguato supporto farmacologico (Fatke et al., 2020). Nei pazienti con disturbo dell'umore il soggiorno in ospedale durante la pandemia, con l'impossibilità di avere un contatto con i propri familiari, ha determinato episodi di escalation con aggravamento dell'umore depressivo e ansioso fino a scaturire in eventi incriminanti e atti di autolesionismo. Perciò in entrambi i casi risulta fondamentale fornire un'adeguata assistenza con il fine di controllare e gestire il proprio disturbo (Fatke et al., 2020). L'aumento delle condizioni stressogene e dell'isolamento causato dal lockdown hanno portato all'aggravarsi delle condizioni cliniche nei pazienti con disturbi ossessivo-compulsivi, con un incremento del rischio di suicidio nei pazienti che manifestano gravi ossessioni, depressione e disturbi del controllo degli impulsi; perciò risulta necessario elaborare dei piani individualizzati di psicoeducazione per educare il paziente nella gestione dello stress e dei propri sintomi (Fineberg et al., 2020).

**Tabella 5 .** Caratteristiche principali degli studi analizzati.

<b>Autore (anno) Titolo, Rivista, Paese</b>	<b>Campione</b>	<b>Disegno di Studio</b>	<b>Obiettivi</b>	<b>Risultati principali</b>	<b>Conclusioni</b>
Chevance et al. (2020) <b>Ensuring mental health care during the SARS-CoV-2 epidemic in France: a narrative review</b> <i>L'Encephale</i> Francia	N=46 studi qualitativi.	<b>Revisione di studi qualitativi</b>	Gestire la salute dei pazienti con disturbi mentali in Francia; Definire una guida per garantire i trattamenti di salute mentale durante l'epidemia SARS-COV2.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sono stati identificati quattro tipi principali di vulnerabilità tra i pazienti con disturbi mentali durante questa pandemia.</li> <li>• Vengono riportate le strategie di intervento e organizzazione dei servizi di salute mentale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Adattare gli attuali piani governativi agli istituti psichiatrici in un contesto di gravi carenze organizzative, di materiali e di risorse umane.</li> <li>• Riorganizzare l'offerta di assistenza e creare dei piani di gestione delle emergenze.</li> </ul>
Bojdani et al. (2020) <b>COVID-19 Pandemic: Impact on Psychiatric Care in the United States, a Review</b> <i>Psychiatry Research</i> USA	N= 13 studi qualitativi.	<b>Revisione di studi qualitativi</b>	Valutare l'impatto della pandemia COVID-19 nelle varie strutture: ambulatoriali, pronto soccorso, unità di degenza e servizi di consulenza.	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Impiego della telehealth.</li> <li>•Attuazione di linee guida per l'accesso e l'organizzazione della struttura.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Aumentare le conoscenze del personale sanitario.</li> <li>•Elaborare un piano di supporto finanziario ed amministrativo per i sistemi di salute mentale.</li> </ul>
Ji et al. (2020) <b>Nosocomial infections in psychiatric hospitals during the new coronavirus pneumonia outbreak</b> <i>The European Journal of Psychiatry</i> , Cina	N=4 operatori in un Centro di Salute Mentale di Wuhan.	<b>Studio qualitativo</b>  Tramite interviste	Elaborare linee guida al fine di evitare la diffusione della pandemia nei reparti psichiatrici.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborare delle linee guida fondamentali per la corretta gestione e organizzazione dell'assistenza ai pazienti.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questo studio sottolinea il fatto che i rischi in ambienti confinati come reparti psichiatrici e case di cura sono molto più alti.</li> </ul>
Hu & Mao. (2020) <b>Emergency Management of Mental Hospitals during the Outbreak of COVID-19</b> <i>Psychiatry Investig</i> Cina	N=2 operatori nell'Ospedale di Hangzhou.	<b>Studio qualitativo</b>  Tramite interviste	Elaborare linee guida al fine di prevenire la trasmissione del covid-19.	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Vengono definite le linee guida rivolte al dipendente e al paziente sia in ambito ospedaliero che ambulatoriale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Sviluppare servizi di consulenza online.</li> <li>•Creare un piano di gestione dell'emergenza adatto all'ospedale psichiatrico.</li> </ul>

Ransing et al. (2020) <b>A Conceptual Framework for Developing, Implementing, and Evaluating Mental Health Interventions during COVID-19 Pandemic: Early Career Psychiatrists' Perspectives across the World.</b> <i>Asian Journal of Psychiatry</i>	N= 16 clinici psichiatri di diversi Paesi parte dell'OMS.	<b>Studio qualitativo</b>  Tramite intervista semi-strutturata.	Sviluppare un quadro concettuale per guidare gli interventi di salute mentale durante il Covid-19.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sono stati individuati cinque ambiti di intervento: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Primo soccorso psicologico</li> <li>-Formazione</li> <li>-Monitoraggio e valutazione (Riduzione dell'angoscia mentale dovuta a disinformazione )</li> <li>-Coordinamento e collaborazione</li> <li>-Comunicazione</li> </ul> </li> </ul>	• Riorganizzare la sanità e i servizi di salute mentale.
Percudani et al. (2020) <b>Mental Health Services in Lombardy during COVID-19 outbreak</b> <i>Psychiatry Research Italia</i>	N=5 clinici degli Spedali di Brescia e Niguarda di Milano.	<b>Studio qualitativo</b>  Approccio fenomenologico	Definire delle modalità di organizzazione dei servizi di salute mentale.	•Mantenere l'attività nei Centri di salute mentale per i pazienti che soffrono di gravi disturbi mentali.	•Monitorare i pazienti in contatto con i servizi di salute mentale per un'attenta valutazione delle loro condizioni sia da un punto di vista psicopatologico che medico.
De Girolamo et al. (2020) <b>Mental Health in the Coronavirus Disease 2019 Emergency— The Italian Response</b> <i>JAMA Psychiatry, Italia</i>	N = 27 Dipartimenti di Salute Mentale.	<b>Studio qualitativo</b>  Tramite interviste verbali	Definire l'esperienza dei servizi di salute mentale durante l'emergenza covid-19.	• Adottare delle pratiche sicure al fine di limitare il contagio all'interno dei reparti, a domicilio e nelle strutture diurne.	•Utilizzare tecnologie e procedure e-health con formazione appropriata.
Starace et al. (2020) <b>COVID-19 disease emergency operational instructions for Mental Health Departments issued by the Italian Society of Epidemiological Psychiatry</b> <i>Epidemiology and Psychiatric Sciences, Italia</i>	N= 9 membri della SIEP.	<b>Studio qualitativo</b>  Tramite interviste	Ridurre la diffusione della malattia COVID-19 nei servizi di salute mentale. Scrivere un documento di organizzazione dei Dipartimenti di salute mentale.	•Elaborare le istruzioni operative per i Dipartimenti di salute mentale, le attività ambulatoriali, il check-in, le visite domiciliari, l'accesso ospedaliero e ai centri diurni.	•Garantire la migliore assistenza sanitaria possibile.

<p>Fineberg et al. (2020)  <b>How to manage obsessive-compulsive disorder under COVID-19: A clinician's guide from the International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders and the Obsessive-Compulsive and Related Disorders Research Network of the European College of Neuropharmacology</b>  <i>Comprehensive Psychiatry</i></p>	<p>N=24 clinici esperti in disturbi ossessivo-compulsivi.</p>	<p><b>Studio qualitativo</b>  Tramite interviste</p>	<p>Fornire una guida pragmatica per il trattamento dei disturbi ossessivo-compulsivi durante la pandemia covid-19.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Adottare approccio calmante.</li> <li>•Utilizzare la telemedicina.</li> <li>•Valutare il rischio di suicidio.</li> <li>•Rivalutare il trattamento terapeutico-farmacologico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Aggravamento degli individui affetti da disturbi ossessivo-compulsivi.</li> </ul>
<p>Kavoor et al. (2020)  <b>Remote consultations in the era of COVID-19 pandemic: Preliminary experience in a regional Australian public acute mental health care setting</b>  <i>Asian Journal of Psychiatry</i>  Australia</p>	<p>N= 1 Acute Care Team (ACT) di salute mentale.</p>	<p><b>Studio qualitativo</b>  Tramite interviste</p>	<p>Elaborare un approccio collaborativo per garantire la continuità delle cure per gli individui affetti da disturbi di salute mentale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Peggioramenti nella sintomatologia.</li> <li>•Attuare nuove strategie di gestione delle emergenze.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Organizzare i servizi online con un approccio collaborativo.</li> </ul>
<p>Waller et al. (2020)  <b>Cognitive-behavioral therapy in the time of coronavirus: Clinician tips for working with eating disorders via telehealth</b>  <i>International Journal of eating disorders</i> UK, Canada, Australia, USA, Abu Dhabi e Paesi Bassi.</p>	<p>N= 70 clinici esperti in disturbi alimentari.</p>	<p><b>Studio qualitativo</b>  Tramite questionario online</p>	<p>Fornire informazioni riguardo la gestione dei servizi di telemedicina e teleassistenza nei pazienti con disturbi di alimentazione.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Utilizzare la telemedicina per gestire le patologie.</li> <li>•L' atteggiamento attivo da parte del terapeuta favorisce la socializzazione e riduce il rischio di passività del paziente</li> <li>•Utilizzare software adeguati e sicuri con supporto di materiale cartaceo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•La telemedicina, se ben organizzata, potrebbe rappresentare una risorsa utilizzabile anche nella pratica di routine.</li> </ul>

<p>Tor et al. (2020)  <b>ECT in a time of COVID-19</b>  <i>Journal of Electroconvulsive Therapy</i>  Singapore</p>	<p>N=70 operatori di salute mentale.</p>	<p><b>Studio qualitativo</b>   Tramite interviste</p>	<p>Gestione dei servizi di ECT durante la pandemia covid-19.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborare un piano di intervento:</li> <li>-Adattare le misure di controllo dell'infezione al livello DORSCON.</li> <li>-Garantire adeguati DPI.</li> <li>-Rivedere le operazioni ECT.</li> <li>-Formare il personale nell'uso dei DPI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Elaborare una strategia globale di preparazione, rilevamento, riduzione della trasmissione e innovazione per combattere COVID-19.</li> </ul>
<p>Fatke et al. (2020)  <b>Psychische Probleme in der Pandemie Beobachtungen während der COVID-19-Krise</b>  <i>Deutsche Medizinische Wochenschrift</i>  Germania</p>	<p>N=1 paziente di 44 anni con schizofrenia;  N=1 paziente di 40 anni con 3.9g/l di alcol nel siero.</p>	<p><b>Case studies</b></p>	<p>Definire le esigenze dei pazienti con disturbi mentali durante la pandemia COVID-19.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Si evidenzia un deterioramento delle condizioni patologiche preesistenti.</li> <li>•Le nuove misure di sicurezza e prevenzione adottate durante il lockdown portano a fenomeni di crisi e di violenza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Il 7 febbraio 2020 sono state rese disponibili le linee guida per i servizi psicologici di telemedicina.</li> <li>•Risulta necessario prevenire la paura e la disperazione tramite un' opportuna educazione.</li> <li>•Queste persone avranno un aumento di disturbi affettivi , in particolare disturbi d'ansia.</li> </ul>
<p>Narasimha et al. (2020)  <b>Complicated Alcohol Withdrawal—An Unintended Consequence of COVID-19 Lockdown</b>  <i>Alcohol and Alcoholism</i>  India</p>	<p>N=96 adulti con dipendenze da alcol tra il 1 ° gennaio 2020 e l'11 aprile 2020.</p>	<p><b>Studio quantitativo osservazionale</b>  Numero di accessi per convulsioni da astinenza da alcol, delirium tremens, e allucinosi da alcol in un ospedale indiano.</p>	<p>Valutare l'impatto del lockdown causato dal covid-19 in India sulle persone alcol-dipendenti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Tutti i pazienti hanno riportato un consumo giornaliero eccessivo di alcol. (&gt; 4 unità standard di alcol)</li> <li>•I pazienti con dipendenze da alcol sono a maggior rischio di contrarre il COVID-19.</li> <li>•Presentare maggiori probabilità di manifestare una grave forma di malattia a causa di condizioni di comorbidità e stato immunodepresso .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Definire una strategia di pianificazione di servizi di disintossicazione domiciliare sicura.</li> </ul>



<p>Fernández-Aranda et al. (2020)  <b>COVID-19 and implications for eating disorders</b>  <i>European Eating Disorders Review</i>          Spagna</p>	<p>N=32          pazienti con disturbi alimentari.</p>	<p><b>Studio quantitativo osservazionale</b></p>	<p>Valutare l'impatto delle prime due settimane di confinamento obbligato dettato dalla pandemia covid-19</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•La maggior parte dei pazienti presentano preoccupazioni per l'aumento delle incertezze.</li> <li>•Quasi il 38% hanno segnalato menomazioni nella loro sintomatologia di disturbo alimentare.</li> <li>•56,2% ha riportato ulteriori sintomi di ansia, di cui quattro pazienti hanno notato che lo stress ha reso difficile controllare il loro comportamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•La pandemia di COVID-19 avrà importanti conseguenze cliniche e ripercussioni sulla salute mentale e può produrre notevoli cambiamenti nella consueta gestione diagnostica e terapeutica.</li> </ul>
<p>De Girolamo et al. (2020)  <b>Psychiatric hospitalization rates in Italy before and during Covid-19: did they change? An analysis of register data</b>  <i>Irish Journal of Psychological Medicine</i>          Italia</p>	<p>N= Tassi di ammissione in 7 reparti psichiatrici che si occupano di circa 1,4 milioni di abitanti in Lombardia, con un totale di 119 posti letto.</p>	<p><b>Studio quantitativo osservazionale</b>          Confronto dei Tassi di ammissione nel periodo di tempo tra 1 Gennaio 2019 e il 31 marzo 2019 con i tassi di ammissione dello stesso periodo del 2020 del registro regionale.</p>	<p>Valutare la variazione dei tassi di ammissione in sette reparti psichiatrici nella Regione Lombardia nei 40 giorni dopo l'inizio dell'epidemia COVID-19.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Nel marzo 2020 si è verificato un calo del 31,3% del numero di ricoveri rispetto a marzo 2019 e una diminuzione del 25,7% rispetto a febbraio 2020.</li> <li>• La riduzione è stata significativa per le ammissioni volontarie (<math>p &lt; 0,001</math>), mentre la differenza non era significativa per le ammissioni involontarie (<math>p = 0,87</math>).</li> <li>•Il tempo mediano di ricovero in ospedale a marzo 2019 è stato di 10 giorni, mentre a marzo 2020 è aumentato a 14 giorni (<math>p = 0,021</math>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Preparare piani per i servizi di salute mentale in caso di emergenza su larga scala.</li> <li>•Equipaggiare i servizi con appropriate tecnologie e procedure di sanità elettronica.</li> </ul>

## **5. DISCUSSIONE**

La pandemia Covid-19 ha condotto le Nazioni di tutto il mondo ad una vero e proprio stato di emergenza. Il 30 Gennaio 2020 l'OMS ha definito la pandemia covid-19 come un'emergenza sanitaria di rilevanza internazionale. Questo ha richiesto una riorganizzazione condivisa ed efficiente dell'intero settore sanitario in diverse aree geografiche per fronteggiare con un'unica soluzione comune la minaccia che si stava presentando e diffondendo. L'OMS ha emanato delle linee guida che hanno posto le basi per l'elaborazione delle leggi in ambito sanitario da parte delle principali Istituzioni dei singoli Stati dei diversi continenti colpiti dall'emergenza Covid-19. Un settore sanitario che, visto il suo ambito di azione ha trovato difficoltà sia nell'attuazione di un piano di interventi condiviso, che nella pianificazione di servizi di assistenza adeguati, è quello della salute mentale e dei servizi di assistenza psichiatrica. I servizi psichiatrici sia territoriali, ma in particolar modo ospedalieri sono andati in forte crisi perché hanno dovuto adattare degli ambienti e degli strumenti finalizzati all'integrazione e alla socializzazione ad un fenomeno che prevedeva l'isolamento e la limitazione dei contatti.

Il Centro di salute mentale di Wuhan, uno dei primi colpiti dal virus, ha elaborato delle linee guida per limitare il rischio di contagio e la diffusione del virus, cercando di diffondere degli interventi che permettessero un continuità assistenziale. Sono stati previsti per i pazienti degli esami di controllo in caso di primo ingresso e in caso di sospetta positività al virus è stato previsto un periodo di osservazione in una stanza dedicata per 14 giorni. Anche il personale sanitario è stato sottoposto a screening, inoltre sono stati forniti loro tutti i dispositivi di protezione individuale adeguati ed è stata ripianificata la formazione del personale infermieristico in modo da svolgere la propria professione in sicurezza sia per se stessi che per i loro assistiti (Ji et al., 2020). Anche l'ospedale psichiatrico di Hangzhou ha adottato delle linee di intervento simili dividendo gli interventi in tre campi di azione, rivolte al dipendente, al ricoverato e alle strutture ambulatoriali (Hu et al., 2020).

In Italia i primi studi che hanno permesso di definire la modalità di organizzazione strutturale dei servizi di salute mentale provengono dalla regione più colpita dal Covid-19, la Lombardia. Lo studio condotto presso gli Spedali Civili di Brescia e l'Ospedale

Niguarda di Milano ha affermato che i pazienti potevano avere accesso alle strutture solo previo appuntamento e dovevano essere rispettate le misure precauzionali di sicurezza come il distanziamento sociale e il lavaggio continuo delle mani. Queste misure di prevenzione e di riorganizzazione dei servizi hanno l'obiettivo di ridurre la diffusione della malattia Covid-19 all'interno degli ambulatori e dei servizi ospedalieri affiliati al Dipartimento di Salute Mentale cercando di mantenere l'efficienza e l'efficacia dell'assistenza. Anche lo studio qualitativo condotto da Starace et al. (2020) ha definito l'organizzazione dei servizi di salute mentale in Italia. Per le attività ambulatoriali è stato previsto lo svolgimento di un check-in telefonico per valutare segni e sintomi prima dell'accesso in struttura e lo stato di salute mentale per verificare l'eventuale mutamento dei disturbi psichici durante la pandemia. Il check-in telefonico deve essere gestito da personale preparato in grado di cogliere le difficoltà dell'interlocutore, in modo da comprendere un eventuale aggravamento della sintomatologia, l'aderenza al trattamento, la presenza di un supporto familiare così da poter fornire un adeguato supporto e una corretta valutazione dello stato di salute mentale. Anche in questa realtà gli operatori devono indossare i DPI e adottare tutte le procedure di sicurezza come il mantenimento delle distanze tra gli utenti e con essi e lo svolgimento della procedura d'igiene delle mani. Per quanto riguarda le visite a domicilio i professionisti di salute mentale hanno indossato tutti i DPI consigliati e inoltre dove possibile la visita è stata svolta all'aria aperta. Però le difficoltà maggiori si sono verificate in ambito ospedaliero e nei centri diurni, dove sono stati evitati nuovi accessi e impedito le uscite dall'unità di degenza con impossibilità di contatto anche per i visitatori (Starace et al., 2020).

Gli interventi preventivi attuati in Europa e in Asia hanno interessato anche gli USA dove sono stati eseguiti dei protocolli di screening per valutare il rischio di esposizione al nuovo Coronavirus e il livello dei sintomi. La revisione della letteratura di Bodjani et al. (2020) ha riportato che nelle strutture ambulatoriali, di pronto soccorso, nelle unità di degenza e in tutti i servizi di consulenza sono stati attuati degli adeguamenti operativi e cambiamenti nelle terapie di gruppo limitando il numero dei partecipanti e svolgendo le attività mantenendo il distanziamento fisico (Bodjani et al., 2020). La complessità della vicenda, il ritardo dell'attuazione dei protocolli di sicurezza, gli impedimenti e le difficoltà nel far rispettare le norme hanno portato alla necessità di una riorganizzazione

strutturale indirizzata, non solo all'impedire la trasmissione e la diffusione del virus, ma anche nel gestire i casi di Covid manifesto, ovvero i pazienti definiti positivi. In molti casi come affermato da De Girolamo et al. (2020) la chiusura delle strutture diurne, l'impedimento del ritorno al proprio domicilio da parte degli individui presenti nelle strutture residenziali, la riduzione delle visite domiciliari, la limitazione degli spostamenti non hanno impedito la trasmissione dell'infezione che in alcuni casi ha interessato anche i pazienti con disturbi psichiatrici; perciò sono state introdotte delle camere di isolamento apposite per il trattamento dei sintomi di Covid-19 (De Girolamo et al., 2020). Per garantire le giuste postazioni e le misure di sicurezza sono stati ridotti i posti di degenza per i pazienti con disturbi di salute mentale e visto l'aumento dei casi molti reparti di salute mentale hanno accolto pazienti positivi al nuovo virus anche se non presentavano disturbi psichici presenti o pregressi. In molti casi perciò, dove non era possibile accogliere i pazienti gli operatori sanitari sono stati costretti a trasferire i ricoverati in un'altra struttura e ad optare per un TSO extraospedaliero se la struttura non rispettava i requisiti (Starace et al., 2020). L'organizzazione dei servizi è stata complicata dalla necessità di trovare un equilibrio tra la gestione dell'insorgenza di nuovi casi di pazienti positivi al covid-19 e la continuità delle cure per gli individui affetti da disturbi di salute mentale (Kavoor et al., 2020). Questa situazione ha richiesto, oltre che una riorganizzazione strutturale dei servizi, anche e soprattutto un nuovo modo di svolgere l'assistenza psichiatrica. Infatti nonostante le limitazioni di interazione e contatto in presenza con il paziente si è capito fin da subito la necessità di trovare delle strategie che permettessero di garantire una continuità assistenziale valida. Per assicurare un'assistenza infermieristica psichiatrica ben strutturata e adeguata al periodo di instabilità e incertezza che si è manifestato è stato fondamentale elaborare un approccio condiviso e collaborativo. Questo è stato possibile riorganizzando la dotazione organica dei vari reparti al fine di garantire un'assistenza individualizzata ed efficiente e sempre rispettando le misure di sicurezza.

Lo studio qualitativo condotto da Tor et al. (2020) ha permesso di analizzare l'organizzazione del servizio di ECT a Singapore. Questa forma di terapia svolta presso l'Institute of Mental Health di Singapore è di fondamentale importanza per il trattamento di disturbi di salute mentale come la schizofrenia (47%); il disturbo schizoaffettivo (20,3%); la depressione (20,4%) e i disturbi maniacali (6,8%); perciò

non può essere rinviato. Questo ha richiesto l'introduzione di un Team ECT specializzato che si occupasse esclusivamente dello svolgimento di questi trattamenti e che fosse correttamente istruito e informato sulle modalità di svolgimento delle loro competenze aggiornando le loro conoscenze agli obbligatori cambiamenti dettati dalla pandemia (Tor et al., 2020).

La revisione della letteratura condotta in Francia da ha sottolineato l'importanza di una formazione infermieristica adeguata con l'istituzione di un team infermieristico specializzato dedito a fronteggiare questa situazione di emergenza e in grado di istruire gli assistiti (Chevance et al., 2020). Anche Ransing et al. (2020) pongono importanza alla formazione degli operatori sanitari con il fine di possedere conoscenze e competenze aggiornate. In Australia, come confermato dallo studio di Kavour et al. (2020) è stato istituito un team di acute care costituito da personale correttamente formato sulle nuove modalità di fornitura di assistenza psichiatrica con il fine di affrontare le emergenze e le crisi che insorgevano nei pazienti nelle strutture e al proprio domicilio. Infatti per riuscire a fornire una continuità assistenziale limitando il contatto diretto con il paziente sono stati istituiti dei servizi di telemedicina e teleassistenza. Per telemedicina si intende una modalità di erogazione dei servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente sono impossibilitati ad incontrarsi. La Telemedicina comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti. I servizi di Telemedicina vanno assimilati a qualunque servizio sanitario diagnostico/ terapeutico (Ministero della Salute [MDS], 2019). La Telemedicina, secondo gli studi analizzati deve rappresentare lo strumento ponte tra l'operatore sanitario e il paziente e deve fungere da risorsa e non rappresentare un ostacolo al trattamento. Lo studio qualitativo condotto da Waller et al. (2020) ha analizzato la gestione dei servizi di telemedicina e teleassistenza nei pazienti con disturbi di alimentazione. Per prima cosa, per far in modo che si ottengano dei risultati sfruttando al meglio la telemedicina è fondamentale informare e istruire il paziente riguardo il funzionamento e i cambiamenti che si avranno nel passaggio dagli incontri in presenza a quelli online. Questo affiancamento iniziale e supporto è stato necessario per

evitare che il paziente si senta disorientato e abbandonato e che percepisca su di sé il peso delle responsabilità. Infatti l'infermiere ha attuato un atteggiamento attivo, cioè un approccio che favorisce la socializzazione e riduce il rischio di passività del paziente, in quanto il terapeuta trasmette e pone fiducia nella possibilità di cambiamento e miglioramento dell'assistito anche utilizzando il servizio di telemedicina il quale deve essere supportato tramite software sicuri e adeguati (Waller et al., 2020). L'impiego della telemedicina durante questo periodo di lockdown ha permesso lo sviluppo di questo servizio e una diffusione a livello mondiale così da diventare una risorsa da impiegare anche nell'assistenza ordinaria (Ransing et al., 2020). Secondo lo studio di De Girolamo et al. (2020), i Dipartimenti di Salute mentale devono essere in grado di gestire in maniera ottimale le consultazioni online per fronteggiare le situazioni disastrose e gestire le emergenze. Inoltre, l'impiego della telemedicina ha permesso di fronteggiare il fenomeno di evitamento degli ospedali, infatti immediatamente dopo il blocco avviato dal Governo, in Lombardia si è registrato un calo del numero medio giornaliero di ammissioni (riduzione del 25,7%), perciò è stato fondamentale equipaggiarsi con appropriate tecnologie e procedure di sanità elettronica (De Girolamo et al., 2020). La telemedicina è stata impiegata anche per garantire il rapporto con i propri familiari visto l'impedimento delle visite all'interno della struttura (Chevance et al., 2020). Questi cambiamenti obbligati nella fornitura e nell'organizzazione dell'assistenza psichiatrica sono stati difficili da attuare e da trasmettere ai pazienti. Infatti gli operatori di salute mentale si sono trovati ad operare e ad agire in un contesto di emergenza, ma con la difficoltà di fornire assistenza a persone con vulnerabilità evidenti, ovvero ad individui con disturbi mentali. Infatti anche gli studi analizzati confermano e testimoniano le diverse vulnerabilità che aggravano il rischio di riscontri negativi e peggioramenti nella sintomatologia dei pazienti con disturbi mentali. La revisione della letteratura condotta da Chevance et al. (2020) riporta queste vulnerabilità riscontrabili negli individui con disturbi mentali. Egli afferma che si riscontrano quattro tipi di vulnerabilità, la vulnerabilità legata alla comorbilità; infatti i pazienti che soffrono di schizofrenia, disturbi bipolari, disturbi d'ansia e depressione presentano un abbassamento delle difese nei confronti di infezioni come quelle da pneumococco e respiratorie, la vulnerabilità correlata all'età con conseguente esacerbazione dei disturbi psichici e aggravamento dei sintomi psichiatrici e cognitivi preesistenti, la vulnerabilità

di tipo cognitivo-comportamentale, data dal fatto che le persone con gravi disturbi psichiatrici manifestano maggior difficoltà nel rispettare le istruzioni di confinamento e di sicurezza, infatti questi individui non riescono a comprendere l'entità del rischio e l'importanza del rispetto di norme di prevenzione e protezione per limitare il contagio. Questa forma di vulnerabilità può ledere l'equilibrio raggiunto in precedenza nel trattamento del disturbo psichiatrico e degenerare in episodi di scompenso e crisi fino a dover giungere nei casi più estremi a ricoveri ospedalieri o in strutture dedicate. Un'altra vulnerabilità descritta è di tipo psicosociale, confermata dal fatto che la diffusione del virus ha portato ad un cambiamento di abitudini e ad un isolamento sociale obbligatorio, che hanno modificato le condizioni di vita socioeconomiche e psicosociali (Chevance et al., 2020). I cambiamenti causati dall'emergenza e dalla diffusione del COVID-19 hanno avuto una ripercussione sugli individui affetti da disturbi mentali. Nello studio condotto in India si è riscontrato un aumento di assunzione di alcol negli individui con dipendenza da abuso di alcolici, poiché sono aumentati i ricoveri per aggravamento degli eventi avversi dati dall'assunzione di queste sostanze (Narasimha et al., 2020). Lo studio condotto in Germania da Fatke et al. (2020) riporta anch'esso l'aggravamento sintomatologico in persone con disturbi mentali. In caso di schizofrenia questa nuova condizione ha portato ad un deterioramento delle condizioni patologiche e un aumento di tensione ansiosa-affettiva con diffusione di fenomeni di crisi e nei pazienti con disturbo dell'umore si è verificata un'escalation sintomatologica con aggravamento dell'umore depressivo e ansioso fino a scaturire in atti di autolesionismo (Fatke et al., 2020). L'impatto delle prime due settimane di lockdown ha generato peggioramento della sintomatologia anche in pazienti con disturbi alimentari aumentando ansia, stress e il proprio disturbo alimentare con aumento ad esempio di episodi di abbuffate (Fernandez-Aranda et al., 2020). Lo studio di Finerberg riscontra peggioramenti sintomatologici nei pazienti con disturbi ossessivo-compulsivi, evidenziando un incremento del rischio di suicidio (Fineberg et al., 2020). Tutti questi fattori sopra citati sono stati aggravati e hanno condotto al problema dello stigma legato sia al disturbo mentale che all'essere considerati potenziali vettori di infezione e contagio. Questa stigmatizzazione funge da maggiore barriera per riuscire a garantire un'assistenza ottimale (Ransing et al., 2020). Quindi l'obiettivo dell'assistenza psichiatrica è stato cercare di mantenere i legami sociali fornendo anche

un supporto specifico psicologico (Chevance et al., 2020). Per limitare la paura di contrarre il virus il paziente è stato coinvolto nel processo assistenziale fornendo supporto a domicilio e sfruttando al meglio la telemedicina. L'aggravamento dei disturbi mentali è stato trattato con un approccio attivo di psicoeducazione educando il paziente a tecniche di gestione dello stress, facendogli assumere maggiore consapevolezza e garantendo un supporto continuo sia psicologico, ma anche di organizzazione di vita programmando le attività da svolgere durante la giornata (Fineberg et al., 2020). L'organizzazione dei servizi in modo strutturato e uniforme accompagnato ad un'assistenza psichiatrica rivolta al futuro in grado di combinare le competenze passate alle innovazioni moderne e caratterizzata da personale correttamente formato rappresentano le basi per la gestione dei servizi di salute mentale sia in ambito emergenziale, come il COVID-19, che e soprattutto in tempo ordinario. La sintesi dei principali risultati degli studi inclusi è riportata nella tabella 6.

**Tabella 6.** Sintesi dei principali risultati degli studi inclusi.

<b>Conseguenze della pandemia Covid-19 nell'organizzazione dell'assistenza psichiatrica</b>	<b>Conseguenze della pandemia Covid-19 nelle persone con problemi di salute mentale</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Valutazione dell'assistito e accesso alle strutture tramite triage telefonico (Percudani et al., 2020; Starace &amp; Ferrara, 2020).</li> <li>•Adottare degli interventi per limitare la trasmissione del virus; esguire l'igiene delle mani, indossare i D.P.I., eseguire esami ematochimici, test di imaging, monitorare la temperatura corporea, adibire delle stanze di isolamento e stabilire un periodo di quarantena di 14 giorni per i casi sospetti o positivi, limitare le visite domiciliari e le visite dei parenti (Bodjani et al., 2020; Chevance et al., 2020; De Girolamo et al., Hu &amp; Mao, 2020; Ji et al., 2020; Starace &amp; Ferrara, 2020).</li> <li>• Garantire la continuità assistenziale tramite i servizi di tele psichiatria (Bodjani et al., 2020; Chevance et al., 2020; Kavoor et al., 2020; Ransing et al., 2020; Waller et al., 2020).</li> <li>• Istituire un team infermieristico formato per gestire l'emergenze psichiatriche (Chevance et al., 2020; Ransing et al., 2020).</li> <li>• Educare il paziente al nuovo contesto e alle nuove modalità di assistenza (Chevance et al., 2020; Percudani et al., 2020).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Aumento dello stigma nelle persone con disturbi di salute mentale (Chevance et al., 2020; Ransing et al., 2020).</li> <li>•Aggravamento della sintomatologia, comparsa di sintomi d'ansia e difficoltà nel controllare il proprio comportamento nelle persone con disturbi alimentari (Fernandez-Aranda et al., 2020).</li> <li>•Aumento del consumo giornaliero di alcol nelle persone alcol-dipendenti (Narasimha et al., 2020).</li> <li>•Difficoltà di controllo della realtà e delle proprie facoltà con un conseguente aumento dei fenomeni di crisi nelle persone affette da schizofrenia (Fatke et al., 2020).</li> <li>•Aggravamento dell'umore depressivo e ansioso e atti di autolesionismo nelle persone affette da disturbo dell'umore (Fatke et al., 2020).</li> <li>•Aggravamento della sintomatologia con incremento del rischio di suicidio nelle persone affette da disturbi ossessivo-compulsivo (Fineberg et al., 2020).</li> </ul>



## **5.1. Limiti della ricerca**

I risultati di questa revisione vanno considerati tenendo conto dei limiti degli studi inclusi, riguardanti principalmente la qualità metodologica ed il campione. La ridotta numerosità campionaria degli studi presi in esame rende il campione scarsamente rappresentativo della popolazione generale e, pertanto, i risultati sono difficilmente generalizzabili. Considerata l'attualità della tematica trattata i risultati sono soggetti a continuo aggiornamento e perciò i futuri studi potrebbero discostare dai risultati ottenuti da questa revisione.

## **6. CONCLUSIONI**

In conclusione, questa revisione integrativa della letteratura ha permesso di analizzare l'impatto della pandemia Covid-19 nell'ambito della salute mentale. Gli studi inclusi hanno consentito di evidenziare le caratteristiche organizzative dell'assistenza nei servizi di salute mentale in seguito alla pandemia e di valutare le conseguenze negli individui con disturbi mentali. L'emergenza sanitaria ha interessato anche i servizi psichiatrici i quali sono andati fortemente in crisi con riduzione dei posti letto per pazienti con disturbi di salute mentale, limitazione delle attività riabilitative, dei day hospital e dei centri diurni. Questo ha portato alla necessità di pianificare e attuare dei cambiamenti organizzativi nei servizi di salute mentale e nella modalità di fornire assistenza psichiatrica. In particolare è risultato necessario elaborare delle linee guida e dei protocolli che permettessero di adottare delle strategie di intervento condivise ed applicabili nei servizi psichiatrici delle diverse aree geografiche. Il cambiamento pratico-organizzativo ha prodotto riscontri evidenti nell'assistenza psichiatrica, modificando la modalità di interazione con l'assistito; infatti, il diffondersi della pandemia e la limitazione dei contatti tra individui imposta dai vari Governi, ha condotto all'impiego in ambito assistenziale di nuovi strumenti, primo fra tutti la telemedicina, che rappresenta una vera e propria risorsa per garantire un'assistenza psichiatrica efficace ed efficiente, basata sul contatto diretto e continuo tra assistito e professionista. Infatti, la Telemedicina comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti. I

servizi di Telemedicina vanno assimilati a qualunque servizio sanitario diagnostico-terapeutico rappresentando lo strumento ponte tra l'operatore sanitario e il paziente così da essere considerati una risorsa e non un ostacolo al trattamento garantendo una continuità assistenziale in cui il paziente è libero di esprimere le proprie preoccupazioni e le proprie reazioni alla pandemia; inoltre l'infermiere, anche se a distanza, ha la possibilità di vedere l'assistito, elaborare un corretto piano assistenziale e fornire una continuità negli incontri così da impedire l'isolamento e l'abbandono del paziente. Si può concludere che la telemedicina rappresenta una risorsa indispensabile in ambito emergenziale, che se ben organizzata, può costituire un pilastro dell'assistenza infermieristica psichiatrica ordinaria. Per far sì che questo si verifichi è necessario pianificare una formazione adeguata e continua per gli infermieri, in modo da poter incrementare le proprie competenze nell'utilizzo dei dispositivi elettronici e sfruttare questa nuova risorsa con il fine di riuscire ad educare il paziente all'utilizzo dei dispositivi di telemedicina e di garantirgli un'assistenza ottimale.

Inoltre, si può concludere che i pazienti psichiatrici hanno vissuto con difficoltà e limitazioni questo periodo di pandemia poiché le loro vulnerabilità, la loro assenza di coping e la loro sintomatologia riducono la possibilità di elaborare strategie adattative alla situazione verificatasi. Infatti, i cambiamenti avvenuti hanno provocato un peggioramento evidente nella sintomatologia dei pazienti psichiatrici, in particolare i pazienti schizofrenici sono andati incontro ad un deterioramento delle condizioni patologiche con aumento di tensione ansiosa-affettiva e diffusione di fenomeni di crisi, i pazienti con disturbo dell'umore hanno manifestato episodi di escalation sintomatologica con aggravamento dell'umore depressivo e ansioso fino a scaturire in atti di autolesionismo, i pazienti con disturbi alimentari hanno mostrato un evidente aumento dell'ansia e dello stress sfociato in episodi di abbuffate e i pazienti con disturbi ossessivi-compulsivi hanno subito un peggioramento sintomatologico con un incremento del rischio di suicidio. Inoltre, l'aggravamento e la riacutizzazione dei sintomi, uniti alla difficoltà dei pazienti di rispettare le norme di sicurezza imposte dalla pandemia, hanno portato ad un incremento dello stigma nei confronti dei pazienti con disturbi di salute mentale, i quali sono considerati, per questi motivi, possibile veicolo di infezione. Perciò in futuro risulta fondamentale continuare a monitorare l'impatto della pandemia nelle persone con disturbi di salute mentale con il fine di elaborare dei

piani assistenziali efficienti e condivisi da attuare sia in ambito emergenziale e che rappresentino anche un punto di riferimento per l'assistenza psichiatrica post emergenza sanitaria.

## 7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- 1 Ai, T., & Yang, Z. (2020). Correlation of Chest CT and RT-PCR Testing in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in China: A Report of 1014 Cases. *Radiological Society of North America*, 296(2), 32-40.
- 2 AIFA. (2020). Eparine a basso peso molecolare nei pazienti adulti con COVID 19. Disponibile in: [https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1123276/Eparine\\_Basso\\_Peso\\_Molecolare\\_11.04.2020.pdf/e30686fb-3f5e-32c9-7c5c-951cc40872f7](https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1123276/Eparine_Basso_Peso_Molecolare_11.04.2020.pdf/e30686fb-3f5e-32c9-7c5c-951cc40872f7).
- 3 AIFA. (2020). Studio per l'utilizzo di Tocilizumab nella malattia COVID-19. Disponibile in: <https://www.aifa.gov.it/>
- 4 Amanat, F., Stadlbauer, D., Strohmeier, S., Nguyen, T., Chromikova, V., McMahon, M., Jang, K., Asthagiri-Arunkumar, G., Jurczynski, D., Polanco, J., Kleiner, G., Aydilto, T., Miorin, L., Fierer, D., Lugo, L., Kojic, E. M., Stoeber, J., Liu, S. T. H., Cunningham-Rundles, C., Felgner, P.L., Caplivski, D., Garcia-Sastre, A., Cheng, A., Kedzierska, K., Vapalahti, O., Hepojoki, J., Simon, V., Krammer, F., & Morna, T. (2020). A serological assay to detect SARS-CoV-2 seroconversion in humans. *MedRxiv*, 26(5), 1033–1036.
- 5 Bojdani, E., Rajagopalan, A., Chen, A., Gearin, P., Olcott, W., Shankar, V., Cloutier, A., Solomon, H., Naqvi, N.Z., Batty, N., Festin, F.E.D., Tahera, D., Chang, G., & DeLisi, L.E. (2020). COVID-19 Pandemic: Impact on psychiatric care in the United States. *Psychiatry Research*, 1781(20), 226-229.
- 6 Brooks, S.K., Webster, R.K., & Smith, L.E. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395(10227), 912-920.

- 7 Cao, B., Wang, Y., Wen, D., & Liu, W. (2020). A trial of Lopinavir-Ritonavir in Adults Hospitalized with Severe Covid-19. *The New England Journal of Medicine*, 382(12), 1787-1799.
- 8 Center for the Study of traumatic stress. (2020). Taking care of patients during the coronavirus out break: a guide for Psychiatrists.  
Disponibile in: <https://www.CSTSONline.org>.
- 9 Centro Nazionale Sangue, & Istituto Superiore della Sanità. (2020). Coronavirus: a Pavia parte la sperimentazione con il plasma iperimmune.  
Disponibile in: <https://www.centronazionalesangue.it/node/844>.
- 10 Chen, C.S., Wu, H.Y., Yang, P., & Yen, C.F. (2005). Psychological distress of nurses in Taiwan who worked during the outbreak of SARS. *Psychiatric Service*, 56(1), 76-79.
- 11 Chevance, A., Gourion, D., Hoertel, N., Llorca, P.M., Thomas, P., Bocher, R., Moro, M.R., Laprévotte, V., Benyamina, A., Fossati, P., Masson, M., Leaute, E., Leboyer, M., & Gaillard, R. (2020). Ensuring mental health care during the SARS-CoV-2 epidemic in France: A narrative review. *L'Encephale*, 7006(20), 30073-30077.
- 12 De Girolamo, G., Clerici, G., Cerveri, M., Monzani, E., Spinogatti, F., Starace, F., Tura, G., & Vita, A. (2020). Mental Health in the Coronavirus Disease 2019 Emergency-The Italian Response. *Journal of American Medical Association Psychiatry*, 1276(13), 357-361.
- 13 De Girolamo, G., Clerici, M., Durbano, F., Spinogatti, F., Vita, A., & Micciolo, R. (2020). Psychiatric hospitalization rates in Italy before and during covid-19: did they Change? An analysis of register data. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 5(18), 1-23.
- 14 European Centre for Disease Prevention and Control. (2020). Infection prevention and control for COVID-19 in healthcare settings.

Disponibile in: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-and-control-and-preparedness-covid-19-healthcare-settings>.

- 15 European Centre for Disease Prevention and Control. (2020). Infection prevention and control in the household management of people with suspected or confirmed coronavirus disease (Covid-19). Disponibile in: <https://www.ecdc.europa.eu>.
- 16 European Medicine Agency. (2020). Treatments and vaccines for COVID-19. Disponibile in: <https://www.ema.europa.eu>.
- 17 Fatke, B., Hölzle, P., Frank, A., & Förstl, H. (2020). COVID-19 Crisis: Early Observations on a Pandemic's Psychiatric Problems. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 145(10), 675-681.
- 18 Fernández-Aranda, F., Casas, M., Claes, L., Clark Bryan, D., Favaro, A., Granero, R., Gudiol, C., Jiménez-Murcia, S., Karwautz, A., Le Grange, D., Menchón, J.M., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2020). COVID-19 and implications for eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 28(14), 239–245.
- 19 Fineberg, N.A., Van Ameringen, M., Drummond, L., Hollander, E., Stein, D.J., Geller, D., Walitza, S., Pallanti, S., Pellegrini, L., Zohar, J., Rodriguez, C.I., Menchon, J.M., Morgado, P., Mpavaenda, D., Fontenelle, L.M., Feusner, J.D., Grassi, G., Lochner, C., Veltman, D.J., Sireau, N., Carmi, L., Adam, D., Nicolini, H., & Dell'Osso, B. (2020). How to manage obsessive-compulsive disorder (OCD) under COVID-19: A clinician's guide from the International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS) and the Obsessive-Compulsive and Related Disorders Research Network (OCRN) of the European College of Neuropsychopharmacology Comprehensive Psychiatry. *Comprehensive Psychiatry*, 100(12), 127-132.
- 20 Giacomelli, A., Pezzati, L., Conti, F., Bernacchia, D., Siano, M., Oreni, L., Rusconi, L., Gervasoni, C., Ridolfo, A. L., Rizzardini, G., Antinori, S., & Galli, M. (2020). Self-reported Olfactory and Taste Disorders in Patients with Severe acute respiratory

- coronavirus Infection: A Cross-sectional Study. *Clinical Infectious Disease*, 85(10), 76-79.
- 21 Grein, J., Ohmagari, N., Shin, D., & Diaz, G. (2020). Compassionate Use of Remdesivir for Patients with Severe Covid-19. *The New England Journal of Medicine*, 382(12), 2327-2336.
  - 22 Guan, W.J., Ni, Z., Hu, Y., & Liang, W. (2020). Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *The New England Journal of Medicine*, 382(11), 1708-1720.
  - 23 Hu, N., & Mao, H. (2020). Emergency management of mental hospitals during the outbreak of covid-19. *Psychiatry investigation*, 86(17), 123-126.
  - 24 Ji, H., Li, L., Huang, T., & Zhu, Y. (2020). Nosocomial infections in psychiatric hospitals during the new coronavirus pneumonia outbreak. *The European Journal of Psychiatry*, 6163(20), 30038-30040.
  - 25 Kampf, G., Todt, D., Pfaender, S., & Steinmann, E. (2020). Persistence of coronavirus on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. *The Journal of Hospital Infection*, 104(3), 246-251.
  - 26 Kavoor, A.R., Chakravarthy, K., & John, T. (2020). Remote consultations in the era of COVID-19 pandemic: Preliminary experience in a regional Australian public acute mental health care setting. *Asian Journal Psychiatry*, 51(8), 67-71.
  - 27 Keita, M.M., Taverne, B., Sy Savane, S., (2017). Depressive symptoms among survivors of Ebola virus disease in Conakry (Guinea). *Bio Medical Centre Psychiatry*, 17(1), 127.
  - 28 Lasalvia, A. (2020). L'impatto dell'emergenza epidemica sulle persone con problemi di salute mentale. Il "doppio stigma".  
Disponibile in: <http://www.psychiatryonline.it/node/8567>.

- 29 Menichetti, F., Falcone, M., Pistello, M., & Navalesi, G. (2020). Efficacy and tolerability of Baricitinib as add on treatment of in patients with Covid-19 compared to standard therapy. *Società Italiana di Malattie Infettive*, 12(10), 22-27.
- 30 Ministero della Salute. (2020). Covid-19: indicazioni emergenziali per le attività assistenziali e le misure di prevenzione e controllo nei Dipartimenti di Salute Mentale e nei Servizi di Neuropsichiatria Infantile dell'Infanzia e dell'Adolescenza.  
Disponibile in: <http://www.salute.gov.it>.
- 31 Ministero della Salute. (2020). Nuovo Coronavirus. Disponibile in: <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus>.
- 32 Ministero della Salute. (2020). Nuovo Coronavirus, Misure di contenimento.  
Disponibile in: <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus>.
- 33 Ministero della Salute. (2019). Telemedicina , linee di indirizzo nazionali.  
Disponibile in: <https://www.salute.gov.it/portale/documentazione>.
- 34 Mohammed, A., Sheikh, T.L., & Poggensee, G. (2015). Mental health in emergency response: lessons from Ebola. *Lancet Psychiatric*, 2(12), 955-957.
- 35 Narasimha, V.L., Shukla, L., Mukherjee, D., Menon, J., Huddar, S., Panda, U.K., Mahadevan, J., Kandasamy, A., Chand, P.K., Benegal, V., & Murthy, P. (2020). Complicated Alcohol Withdrawal-An Unintended Consequence of COVID-19 Lockdown. *Alcohol and Alcoholism*, 12(5), 1-4.
- 36 Ransing, R., Adiukwu, F., Pereira-Sanchez, V., Ramalho, R., Orsolini, L., Teixeira, A.L.S., Gonzalez-Diaz, J.M., Da Costa, M.P., Soler-Vidal, J., Bytyçi, D.G., El Hayek, S., Larnaout, A., Shalhafan, M., Syarif, Z., Nofal, M., & Kundadak, G.K. (2020). Mental Health Interventions during the COVID-19 Pandemic: A Conceptual



- Framework by Early Career Psychiatrists. *Asian Journal of Psychiatry*, 18(20), 30196-30199.
- 37 Rezza, G., Bella, A., Riccardo, F., Pezzotti, P. (2020). Cosa sono i Coronavirus. *Istituto Superiore della Sanità. Epicentro*, 15(2), 22-23.
- 38 Rezza, G., Bella, A., Riccardo, F., Pezzotti, P., D'Ancona, F.P., & Siddu, A. (2020). Pandemia Covid-19. *Istituto Superiore della Sanità, Epicentro*, 16(2), 36-38.
- 39 Rezza, G., Bella, A., Riccardo, F., Pezzotti, P. & Siddu, A. (2020). SARS-CoV-2: emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale. *Istituto Superiore della Sanità, Epicentro*, 18(5), 45-47.
- 40 Rothe, C., Schunk, M., Sothmann, P., Bretzel, G., Froeschl, G., Wallrauch, C., Zimmer, T., Thiel, V., Janke, C., Guggemoms, W., Seilmaier, M., Drosten, C., Vollmar, P., Zwirgmaier, K., Zange, S., Wolfel, R., & Hoelscher, M. (2020). Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany. *The new england journal of medicine*, 5(8), 12-16.
- 41 Percudani, M., Corradin, M., Moreno, M., Indelicato, A., & Vita, A.(2020). Mental Health Services in Lombardy during COVID-19 outbreak. *Psychiatry Research*, 288(14), 38-40.
- 42 Siddu, A. (2020). SARS-CoV-2: dichiarazione di pandemia. *Istituto Superiore di Sanità, Epicentro*,23(13), 76-78.
- 43 Società italiana di epidemiologia psichiatrica. (2020). Istruzioni operative per le attività dei dipartimenti di salute mentale in corso di emergenza coronavirus. Disponibile in: <https://siep.it/wp-content/uploads/2020/03/istruzioni-operative-siep-30-03-2020.pdf>.

- 44 Spinato, G., Fabbris, C., & Polesel, J. (2020). Alterations in Smell or Taste in Mildly Symptomatic Outpatients With SARS-CoV-2 Infection. *Journal of American Medical Association*, 323(20), 2089-2090.
- 45 Starace, F., & Ferrara, M. (2020). COVID-19 disease emergency operational instructions for Mental Health Departments issued by the Italian Society of Epidemiological Psychiatry. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29(16), 1-4.
- 46 Stefanelli, P., & Gruppo di Lavoro Diagnostica e sorveglianza microbiologica. (2020). COVID-19: aspetti di analisi molecolare e sierologica. *Epicentro*, 15(3), 35-37.
- 47 Tor, P.C., Phu, A.H.H., Koh, D.S.H., & Mok, Y.M. (2020). Electroconvulsive Therapy in a Time of Coronavirus Disease. *Journal of Electroconvulsive Therapy*, 36(2), 80-85.
- 48 Vetter, P., Lan Vu, D., L'Hullier, A. G., Schibler, M., Kaiser, L., & Jacqueroz, F., (2020). Clinical features of covid-19. *Bio Medical Journal*, 369(34), 1470.
- 49 Waller, G., Pugh, M., Mulkens, S., Moore, E., Mountford, V.A., Carter, J., Wickstead, A., Maharaj, A., Wade, T.D, Wisniewski, L., Farrell, N.R., Raykos, B., Jorgensen, S., Evans, J., Thomas, J.J., Osenk, I., Paddock, C., Bohrer, B., Anderson, K., Turner, H., Hildebrandt, T., Xanidis, N., & Smit, V. (2020). Cognitive-behavioral therapy in the time of coronavirus: Clinician tips for working with eating disorders via telehealth when face-to-facemeetings are not possible. *International Journal of eating disorders*, 34(5), 1-10.
- 50 Wang, D., Hu, B., & Hu, C. (2020). Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients with 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China.. *Journal of American Medical Association*, 323(11), 1061-1069.
- 51 Wang, J., Wang, L., & Sharma, L. (2020). Profiling Early Humoral Response to Diagnose Novel Coronavirus Disease (COVID-19). *Clinical Infectious Diseases*, 310(12), 23-24.

- 52 Wang, W., Xu, Y., & Gao, R. (2020). Detection of SARS-CoV-2 in Different Types of Clinical Specimens. *Journal of American Medical Association*, 323(18), 30-34.
- 53 Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: uodated methodology. *Journal of advanced nursing*, 52(5), 546-553.
- 54 World Health Organization. (2020). Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community: interim guidance. Disponibile in: <https://www.who.int/publications/i/item/10665-331492>.
- 55 Zheng, S., Fan, J., Yu, F., Feng, B., Lou, B., Zou, Q., Xie, G., Lin, S., Wang, R., Yang, X., Chen, W., Wang, Q., Zhang, D., Liu, Y., Gong, R., Ma, Z., Lu, S., Xiao, Y., Gu, Y., Zhang, J., Yao, H., Xu, K., Lu, X., Wei, G., Zhou, J., Fang, Q., Cai, H., Qiu, Y., Sheng, J., Chen, Y., & Liang, T. (2020). Viral load dynamics and disease severity in patients infected with SARS-CoV-2 in Zhejiang province, China, January-March 2020: retrospective cohort study. *Bio Medical Journal*, 369(1443), 10-21.
- 56 Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., & Liu, Z. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective color study. *The Lancet*, 395(10229), 1054-1062.

## **Ringraziamenti**

Desidero ringraziare il professore Galli Francesco, Relatore e la professoressa Comparcini Dania, Correlatore, i quali mi hanno aiutato nella stesura di questa tesi con suggerimenti, critiche ed osservazioni dimostrandosi disponibili e tempestivi ad ogni mio dubbio o richiesta.

Un ringraziamento particolare va alla mia famiglia, coloro che mi hanno sostenuto nei momenti di difficoltà, dimostrandosi la mia roccia e il mio porto sicuro, in grado di rassicurarmi e motivarmi sempre.

A mia mamma, la donna più importante della mia vita, colei che nonostante gli scontri e le divergenze, mi è sempre restata accanto consigliandomi, sostenendomi e donandomi un amore immenso, insegnandomi ad affrontare i momenti più difficili, le ansie, le preoccupazioni a testa alta e con il sorriso.

A mio babbo, il mio punto di riferimento, colui che mi ha trasmesso i veri valori della vita, insegnandomi a dare importanza alla semplicità e a contare sulle proprie forze, colui che mi capisce con uno sguardo.

Ad Anita, la mia metà, la mia complice, la mia confidente più fidata, la persona di cui vado più orgogliosa e per la quale ci sarò sempre, il mio amore grande, semplicemente mia sorella.

Ai miei nonni, che mi hanno dimostrato un grandissimo affetto, in particolare a mio nonno Tullio, il mio angelo custode e la mia stella più luminosa.

Grazie alle mie Digne amiche Alice e Giulia, le amiche più fidate e sincere, la mia via di fuga dalle preoccupazioni, coloro che mi capiscono senza bisogno di parlare e in grado di strapparmi un sorriso anche nei momenti più bui, vi voglio un'infinità di bene.

Grazie alle mie Umili amiche, Arianna, Denita, Silvia, Giulia, Elisa, Claudia e Lucrezia, le mie future colleghe, un gruppo di persone stupende che, ognuna a suo modo, ha reso questo percorso un po' meno tortuoso; coloro con le quali, in questi tre anni, ho condiviso gioie, pianti, lamentele e tante risate.

Grazie a Valerio, Nicola e Gianmarco, i miei compagni di viaggio, coloro che mi hanno sopportato e sollevato il morale nei momenti negativi.

Un enorme grazie a Giulia, la mia persona e il mio punto di riferimento in questo percorso, la mia consigliera e motivatrice, ma anche una donna meravigliosa, un'amica preziosa e da oggi, una grande infermiera; tante sfide abbiamo superato insieme ed è un onore condividere con lei anche questo ultimo passo, un grazie immenso per essere entrata nella mia vita con dolcezza, semplicità, e tanta umiltà, grazie per la persona che sei.

Un Grazie ai professionisti e alle persone che ho avuto l'opportunità di incontrare in questi tre anni nei reparti, i quali con grande umanità e disponibilità mi hanno trasmesso conoscenze, dispensato consigli, donato il loro tempo e fatto amare questa professione.

A voi tutti, GRAZIE.