



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**L'impatto della pandemia COVID-19
sulla salute mentale in Italia: una
revisione della letteratura**

Relatore: Chiar.ma

Dr.ssa **CHIARA LUCARELLI**

Tesi di Laurea di:

CHIARA CICCONI

Correlatore: Chiar.mo

Dr **FEDERICO GOTTICELLI**

A.A. 2019/2020

Indice

Abstract

Introduzione.....	1
Obiettivo.....	10
Materiali e Metodi.....	10
Risultati	11
Discussione	32
Conclusioni.....	41
Bibliografia e Sitografia.....	42

Abstract

Background

La pandemia COVID - 19 ha creato uno stress severo nella popolazione dal punto di vista della salute, economico, politico e sociale, determinando un cambiamento radicale nella vita quotidiana di ognuno e nel relazionarsi con l'ambiente esterno.

Obiettivo e Materiali e metodi

Questo lavoro ha come obiettivo quello di focalizzare l'attenzione sulle implicazioni della pandemia nella popolazione generale italiana in termini di disagio psicologico e descrivere le principali strategie e programmi di promozione e tutela della salute mentale. È stata condotta una revisione della letteratura sulle principali banche dati elettroniche biomediche-sanitarie Medline, Embase e Cinhal dal 1° agosto 2020 fino al 31 ottobre 2020. Sono stati identificati 2658 articoli, rimossi i duplicati e valutati titoli ed abstract, sono stati selezionati per rilevanza 118 studi eleggibili; al full-text di questi sono stati applicati i criteri di inclusione. Sono stati pertanto esclusi 96 articoli che presentavano protocolli di studio senza fornire i risultati, quelli che studiavano esclusivamente sottogruppi specifici di popolazione o popolazioni non italiane. Al termine del processo di selezione gli articoli inclusi nella sintesi sono stati 22.

Risultati

I risultati presentati dagli studi presi in esame hanno mostrato che la pandemia ha già avuto un grande impatto psicologico sulla popolazione italiana. Questi studi forniscono dati rilevanti sul disagio psicologico e indicazioni su quali possano essere le caratteristiche personologiche maggiormente favorevoli a risposte malattive, così da poter identificare precocemente quali potrebbero essere i soggetti a maggior rischio che devono essere oggetto di monitoraggio più attento e mirato.

Conclusione

Nel loro insieme, le conseguenze per la salute mentale saranno importanti, quindi il sistema sanitario nazionale e i politici dovrebbero implementare i servizi di salute mentale nel prossimo futuro.

Le parole chiave usate sono: Covid-19, covid 19, Sars-COV-2, mental health, Italy ed i termini MESH covid-19 AND mental health AND Italy.

Introduzione

Covid -19: la malattia da nuovo coronavirus

Il 9 gennaio 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato che le autorità sanitarie cinesi avevano individuato un nuovo ceppo di coronavirus mai identificato prima nell'uomo, provvisoriamente chiamato 2019-nCoV e classificato in seguito ufficialmente con il nome di SARS-CoV-2. Il virus era associato a un focolaio di casi di polmonite registrati a partire dal 31 dicembre 2019 nella città di Wuhan, nella Cina centrale; la malattia respiratoria causata dal nuovo coronavirus è stata successivamente chiamata COVID-19. 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 (Public Health Emergency of International Concern PHEIC), come sancito nel Regolamento sanitario internazionale (International Health Regulations, IHR, 2005). Lo stesso giorno, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha confermato i primi due casi di infezione da COVID-19 in Italia e il 21 febbraio ha confermato il primo caso autoctono in Italia. (Istituto Superiore di Sanità, 2020) L'11 marzo 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato che l'infezione da nuovo coronavirus SARS-CoV-2 può essere considerato una pandemia, ma che, nonostante questa definizione, la stessa può essere ancora controllata. (Istituto Superiore di Sanità, 2020)

Pandemia e disagio psichico

Le osservazioni sulle conseguenze relative alla salute mentale e le misure adottate durante l'epidemia di SARS del 2003 in Cina hanno fornito informazioni utili alle autorità sanitarie pubbliche in relazione alle implicazioni psicosociali di tali emergenze (Xiang, et al., 2020). Da un punto di vista generale era, infatti, già stato osservato che la pandemia in sé e le misure di controllo come il distanziamento fisico, il confinamento a casa e la quarantena, comportassero in pochi giorni un significativo incremento di disagio psicologico. Le manifestazioni del disagio sono caratterizzate da preoccupazione eccessiva e paura con comportamenti iperattivi che impediscono un razionale controllo del rischio di contagio, ansia, panico, demoralizzazione, depressione, stigmatizzazione per i contagiati, per i soggetti in quarantena e per i loro familiari. Sono inoltre descritti quadri di disturbo post traumatico da stress (PTSD), depressione, ansia generalizzata e

disturbo da panico soprattutto tra i guariti e nei soccorritori in prima linea (Lai, et al., 2020)

Nella nota informativa “Gestire la salute mentale e gli aspetti psicosociali dell’epidemia COVID-19 versione 1.5 del 17 marzo 2020 elaborata da IASC (Inter Agency standing Committee) viene confermato come in qualsiasi epidemia sia comune che le persone si sentano stressate e preoccupate. Le risposte comuni delle persone colpite (sia direttamente che indirettamente) potrebbero includere la paura di ammalarsi e morire, evitare di avvicinarsi alle strutture sanitarie per il rischio di essere infettati durante le cure, la paura di perdere mezzi di sussistenza, di non essere in grado di lavorare durante l’isolamento e di essere licenziati dal lavoro, di essere socialmente esclusi / messi in quarantena perché associati con la malattia. Possono essere esperite, inoltre, il timore di sentirsi impotenti nel proteggere i propri cari e di perderli a causa del virus, la paura di separarsi dalle persone care e dai caregiver a causa del regime di quarantena. Sono anche comuni il verificarsi dell’impossibilità di prendersi cura di minori, persone con disabilità o anziani a causa della paura dell’infezione, perché i genitori o gli operatori sanitari sono stati messi in quarantena, la sensazione di impotenza, noia, solitudine e depressione dovute all’isolamento, la paura di rivivere l’esperienza di un’epidemia precedente. (IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Setting, WHO, 2020)

COVID 19 e trauma: fattori di stress specifici della pandemia covid 19

Lo stress da pandemia è uno stress diverso, non è localizzato come quello di un disastro e non identificabile facilmente come avviene nei conflitti armati. (Fiorillo & Gorwood, The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice, 2020) È una situazione stressante persistente che colpisce il presente e rende incerto il futuro. (Biondi & Iannitelli, 2020)

La mente umana necessita di tempi adeguati a metabolizzare gli eventi, darvi un senso ed accettarli: il COVID-19 rappresenta sicuramente un evento traumatico che ha determinato una frattura tra un prima e un dopo. Le emergenze sono sempre stressanti, ma nel caso dell’epidemia COVID-19 esistono dei fattori di stress specifici che impattano sulla popolazione e che vengono riassunti nella nota informativa della IASC. Il documento riporta come l’epidemia COVID-19 sia contraddistinta da stress specifici quali ad

esempio il rischio di essere infettati ed infettare gli altri, sintomi comuni ad altri problemi di salute (ad es. febbre) possono essere confusi con l'infezione COVID-19, i caregivers possono sentirsi sempre più preoccupati perché i loro figli sono a casa da soli (a causa della chiusura delle scuole) senza cure e supporto adeguati. La chiusura delle scuole in particolare può avere un effetto differente sulle madri, le quali forniscono la maggior parte dell'assistenza all'interno delle famiglie, con conseguente limitazione del loro lavoro e delle risorse economiche. Due studi evidenziano le difficoltà nella sfera familiare con aumento di angoscia per i genitori che hanno i figli a casa e mentre devono lavorare devono anche riuscire a supportarli nello studio, tutto ciò correlato anche da un aumento dei problemi emotivi e comportamentali dei figli (Spinelli, Lionetti, Pastore, & Fasolo, 2020) (Fontanesi, et al., 2020). In corso di epidemia COVID-19 va sottolineato anche il rischio di deterioramento della salute fisica e mentale delle persone vulnerabili, ad esempio gli anziani e le persone con disabilità, se gli operatori sanitari vengono messi in quarantena e se altre cure/supporti non sono garantiti.

La nota informativa della IASC riporta, inoltre, come i lavoratori in prima linea in ambito sanitario possono sperimentare ulteriori fattori di stress specifici durante l'epidemia COVID-19 quali ad esempio la paura di poter trasmettere l'infezione ai loro amici e familiari e la stigmatizzazione nel contesto sociale. Anche le misure rigorose di biosicurezza (utilizzo prolungato dei dispositivi di protezione, isolamento fisico che rende difficile fornire conforto a qualcuno che è malato o in difficoltà, costante consapevolezza e vigilanza, procedure rigorose da seguire) e le maggiori esigenze nell'ambiente di lavoro (lunghe orari di lavoro, aumento del numero di pazienti e aggiornamento sulle migliori pratiche man mano che le informazioni su COVID-19 si sviluppano) rappresentano persistenti stimoli stressogeni nei lavoratori in prima linea.

Tale documento evidenzia anche come la paura, la preoccupazione, le incertezze e i fattori di stress costanti nella popolazione durante l'epidemia COVID-19 possano portare anche a conseguenze a lungo termine all'interno delle comunità, delle famiglie e degli individui più vulnerabili come ad esempio il deterioramento della rete sociale e dell'economia locale, la stigmatizzazione dei pazienti sopravvissuti, la maggiore rabbia e aggressività nei confronti del governo e dei lavoratori in prima linea e la sfiducia nei confronti delle informazioni fornite dal governo e da altre autorità.

L'esposizione prolungata a tale situazione stressante può anche incrementare manifestazioni di rabbia e aggressività nel contesto familiare (Mazza, Marano, Lai, Janiri, & Sani, 2020), o a maggior rischio di abuso di alcool e sostanze (Istituto Superiore di Sanità, 2020) soprattutto per le persone con problemi di salute mentale, che ne fanno uso, che presentano ricadute e altri esiti negativi perché evitano le strutture sanitarie o non sono in grado di accedere ai loro fornitori di cure. (IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Setting, WHO, 2020)

Insieme all'imprevedibilità ed all'incertezza, il blocco e l'allontanamento fisico portano a perdita di reddito, solitudine, inattività, accesso limitato ai servizi di base e minore sostegno familiare e sociale, specialmente in persone anziane e vulnerabili.

La maggiore esposizione al cibo causata dalla noia e maggiore disponibilità di tempo per cucinare e consumare il pasto, accentuata dal fatto che l'unica libertà consentita è quella di fare la spesa, ha portato le persone a una maggiore difficoltà nel gestire la dieta. (Di Renzo, et al., 2020) Ancora le norme restrittive che impedivano di uscire e di praticare attività sportiva hanno aumentato ulteriormente i sintomi di stress, in particolare chi ha modificato le abitudini di attività fisica dimostrava un nervosismo più elevato in confronto a chi aveva in qualche modo potuto mantenerle (Di Corrado, et al., 2020).

Infine, le disparità razziali ed etniche nell'incidenza di COVID-19 (e la mortalità associata) sembrano indicare un ulteriore fattore di rischio. La recessione dell'economia causata dal COVID-19 rischia di incrementare il tasso disoccupazione, insicurezza finanziaria e povertà, che ostacoleranno l'accesso ai servizi sanitari (soprattutto nei sistemi assicurativi), con effetti deleteri sulla salute fisica e mentale e sulla qualità della vita. (Moreno, et al., 2020)

Non tutti possono affrontare con successo lo stress e adattarsi facilmente alle nuove circostanze. Fattori che influenzano la risposta sono le condizioni di vita, il livello socioeconomico e di scolarizzazione, la tipologia di lavoro, il background genetico con le precedenti esperienze di vita e le risorse psicologiche individuali. Pertanto, l'impatto della pandemia su l'incidenza e la gravità dei disturbi legati allo stress sarà molto eterogeneo. (Vinkers, et al., 2020)

Eventi stressanti: risposte individuali tra trauma e resilienza

Lo Stress si riferisce all'omeostasi e all'interazione dinamica tra il fattore stressante e le capacità di difesa e di coping del soggetto. Il trauma, invece, si riferisce a una rottura delle regole omeostatiche che porta la vittima a soffrire di conseguenze a lungo termine del proprio incontro con lo "stress". (Shalev, Schreiber, & Galai, 1993)

Gli elementi fondamentali di un trauma sono rappresentati dall'essere improvviso ed inaspettato, dalla minaccia alla sicurezza, la paura di morire, l'orrore per l'evento assistito, l'impotenza/sconvolgimento della sensazione di controllo, la separazione da familiari, amici e comunità, la disperazione e sconforto per una perdita (fisica o emotiva).

Il DSM-5 (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) definisce il trauma come evento che implica l'esperienza personale diretta di un evento che causa o può comportare morte o lesioni gravi, o altre minacce all'integrità fisica; o la presenza ad un evento che comporta morte, lesioni o altre minacce all'integrità fisica di un'altra persona; il venire a conoscenza della morte violenta o inaspettata, di grave danno o minaccia di morte o lesioni sopportate da un membro della famiglia o da altra persona con cui è in stretta relazione (American Psychiatric Association (APA), 2013) La risposta della persona deve comprendere paura intensa, sentimenti di impotenza o di orrore. Il processo psicopatologico inizia nel momento in cui il trauma interagisce in modo disadattativo con le strategie di coping dell'individuo. (Niolu, Barone, Bianciardi, & Siracusano, 2015)

Molti tipi di situazioni possono essere eventi critici e la risposta dell'individuo è condizionata dall'interazione tra fattori di rischio o vulnerabilità e fattori protettivi, e dalla valenza personale associata, che dipende dalla percezione individuale e soggettiva di vulnerabilità, dal controllo sulla situazione e dal significato personale attribuito.

I fattori che influenzano l'entità della reazione possono essere rappresentati dalla natura dell'evento (livello di coinvolgimento, grado di controllo, gravità della minaccia o della perdita, absurdità, sconvolgimento delle aspettative), dal livello di preavviso, dalla forza dell'Io/stili di coping, dalla padronanza dell'esperienza in passato, dalla prossimità (fisica: maggiore è la vicinanza, maggiore sarà l'impatto; psicologica: il legame emotivo avvicina alla scena), dal livello di stress nella propria vita e dalle capacità di coping. Altri fattori che condizionano la risposta sono rappresentati dalla natura del supporto sociale

(livello di aiuto/supporto disponibile immediatamente dopo l'evento e grado di ricettività della persona all'aiuto, supporto dall'amministrazione, dai colleghi e dai superiori), di quello familiare e dalla disponibilità della persona alla comunicazione con i propri cari.

La chiave che è alla base della variabilità di sentimenti esperiti, di risposte comportamentali eterogenee e della variabilità delle manifestazioni cliniche è la resilienza, intesa come la capacità dell'individuo di far fronte in maniera positiva a eventi traumatici e/o stressanti, di riorganizzare positivamente la propria vita dinanzi alle difficoltà, di ricostruirsi restando sensibili alle opportunità positive che la vita offre, senza alienare la propria identità, senza soccombere.

Il termine resilienza deriva dal latino "resilio" che indicava l'azione di risalire sulla barca capovolta dalle onde del mare. In ambito psicologico questo concetto fa riferimento alla capacità di far fronte in maniera positiva agli eventi traumatici di adattare positivamente la propria vita dinanzi alle difficoltà. La resilienza è quindi definita come una qualità dinamica e la risposta è legata alla personalità del soggetto ed a strategie di coping.

Uno dei punti chiave nella ricerca sullo stress e sulla resilienza è che maggiore è il controllo di una situazione di stress migliori sono i risultati per le persone che affrontano la situazione (Vinkers, et al., 2020). Le caratteristiche essenziali della resilienza, sul piano psicologico, sono rappresentate dalla competenza e il controllo durante la condizione di stress causato dal trauma (far fronte, coping), cui, come detto, si aggiunge il recupero, cioè il ritorno progressivo alla condizione di partenza nonostante la gravità del trauma e la possibilità di un proficuo apprendimento per il futuro, cioè la capacità di usare le stesse competenze per ulteriori situazioni di stress, quindi rafforzamento delle difese e delle abilità del soggetto nel fronteggiare le situazioni difficili. Grazie a questa ed alla variabilità dei fattori di rischio le conseguenze psicologiche degli eventi traumatici non colpiscono le persone in maniera uniforme.

La sopravvivenza è possibile proprio grazie alla plasticità adattativa virgola in funzione caratterizzata da capacità innate, quali elasticità, flessibilità, resilienza, Creatività, resistenza, adattabilità, speranza, capacità di affiliazione e comportamenti prosociali, senso della propria storia, ricerca di significato, senso di appartenenza, progettualità, impegno, inventiva e fede. (Biondi & Iannitelli, 2020)

Tutte queste caratteristiche forniscono all'uomo delle possibilità per reagire in maniera positiva ai fattori di stress, in particolare per la resilienza vengono definiti tre modelli che possono agire sulla percezione dei fattori di rischio, sulle capacità dell'individuo di far fronte e sulla percezione dell'esito (modello compensatorio, di stimolo e protettivo) (Rossi & Stratta, 2015) l'importante è implementare strategie che possano incentivarla.

Considerazioni in tema di salute mentale e gestione psicosociale durante la pandemia COVID 19

La pandemia COVID- 19 rappresenta un evento traumatico globale che ci ha mostrato le nostre vulnerabilità a livello personale, la fragilità del sistema sanitario e di quello socio economico, amplificando talora disuguaglianze e distanze sociali. Gli elementi che da un punto di vista psicologico rendono la pandemia da coronavirus un evento potenzialmente molto stressante sono molteplici.

L'aspetto centrale, che è proprio della definizione stessa di evento traumatico, è rappresentato dalla potenziale minaccia per la salute propria e altrui. Secondariamente va posto l'accento sul peso psicologico della scarsa prevedibilità associata al contagio, alimentato dalla scarsità delle informazioni disponibili, soprattutto nella fase iniziale. Inoltre, la gravosità esperita delle modalità adottate per la prevenzione e la protezione dei cittadini basate sul distanziamento sociale e l'interruzione delle normali attività di vita. Questo ha inevitabilmente prodotto un aumento della paura, rafforzata anche dall'esposizione mediatica ripetuta a immagini o notizie fortemente stressanti. Infine, la riduzione della progettualità individuale e l'isolamento sociale hanno reso le misure di protezione della propria salute potenzialmente generatrici di vissuti opposti, da un lato maggiore sicurezza e sensazione di controllo, dall'altro rabbia e frustrazione.

In un articolo pubblicato sul World Psychiatry il direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità dice che: "affrontare le esigenze di salute mentale è parte integrante della risposta al Covid-19. La paura del virus si sta diffondendo più velocemente della malattia stessa e le popolazioni hanno paura di ammalarsi, morire ma anche di perdere i propri cari o i mezzi di sussistenza; devono far fronte a condizioni di ansia e preoccupazione cui si aggiunge lo stress dovuto alle misure di restrizione ed isolamento messe in atto per prevenire la diffusione". (Ghebreyesus, 2020)

Inizialmente l'attenzione è stata maggiormente focalizzata sulla trasmissione dell'infezione e sulle conseguenze fisiche della malattia, ma i problemi di salute mentale emergenti legati a questo evento globale possono evolversi in problemi di salute di lunga durata, isolamento e stigma; studi effettuati su precedenti epidemie lo confermano. È necessario, quindi, porre l'attenzione sull'aumento del disagio mentale della popolazione in generale e dei gruppi più vulnerabili. (Torales, O'Higgins, & Castaldelli-Maia, 2020)

Negli studi, per la maggior parte cinesi, presi in esame da una revisione fatta a febbraio si evidenzia che l'impatto psicologico della quarantena è ampio, sostanziale e di lunga durata. Coloro che sono stati messi in quarantena hanno riportato alta prevalenza di sintomi di disagio psicologico (depressione, stress, malumore, irritabilità, insonnia, PTSD, rabbia, esaurimento ecc..) e possibili effetti a lungo termine (abuso di alcol e sostanze). Il confinamento, la perdita della solita routine quotidiana e la riduzione del contatto sociale e fisico con gli altri determinano noia, frustrazione e angosciante senso di isolamento. Privare le persone della loro libertà per il bene pubblico deve essere gestito con attenzione, se la quarantena è essenziale deve essere presa ogni misura per garantire che questa esperienza sia il più tollerabile possibile spiegando cosa sta accadendo, per quanto durerà e fornendo una comunicazione chiara, attività di supporto e mettendo a disposizione beni di prima necessità. (Brooks, et al., 2020)

Uno studio pubblicato in Inghilterra a metà aprile evidenzia come gli effetti psicologici e sociali diretti e indiretti della pandemia sono pervasivi e potrebbero influenzare la salute mentale ora e in futuro. Tale lavoro, riportando i dati di un'indagine generale sulla popolazione rivela preoccupazioni diffuse circa l'effetto dell'isolamento sociale o di un allontanamento sociale sul benessere; aumento di ansia, depressione, stress, e altri sentimenti negativi; e preoccupazione per le implicazioni pratiche della risposta pandemica, comprese le difficoltà finanziarie. La prospettiva di ammalarsi fisicamente di COVID-19 è considerata meno importante rispetto a queste questioni relative alla risposta sociale e psicologica alla pandemia. Considerando studi su epidemie precedenti, evidenzia molte delle conseguenze dovute alla quarantena ed alle misure di allontanamento sociale e fisico che consistono in un aumento di disagio emotivo, ansia, depressione, PTSD ed anche abuso di alcol e sostanze, gioco d'azzardo, abuso domestico, autolesionismo e suicidio, oltre ad ulteriori stress dovuti a problemi finanziari, disoccupazione e lutto. (Holmes, et al., 2020)

In Italia tra marzo e giugno 2020 diversi studi in linea con i risultati del resto del mondo suggeriscono che privare le persone della loro libertà per il bene pubblico, pur rappresentando una misura salvavita efficace, è problematico e deve essere gestito con attenzione, (Somma A. , et al., 2020) poiché la pandemia di CoViD-19 in corso sta avendo un enorme impatto psicologico sugli individui che deve essere riconosciuto dalle autorità. (Serafini, et al., 2020)

Le persone sperimentano un notevole disagio psicologico in termini di ansia, depressione e sintomi post-traumatici. Alcune categorie si sono dimostrate maggiormente vulnerabili, ovvero operatori sanitari e pazienti affetti da CoViD-19. Inoltre, anche alcune variabili individuali sono state associate a un maggiore impatto psicologico, come il sesso femminile e la giovane età. (Talevi, et al., 2020)

Molti lavori fanno leva sulla necessità di un supporto psicologico per la popolazione e più in particolare per gli operatori, indicando l'utilizzo di questionari online per un primo approccio con un successivo monitoraggio a lungo termine ed interventi più mirati per coloro che ne hanno necessità. (Orrù, Ciacchini, Gemignani, & Conversano, 2020)

In conclusione, l'attuale situazione dell'emergenza sanitaria da diffusione pandemica del coronavirus ha tutte le caratteristiche per potersi definire una situazione di potenziale stress e che rischia di prolungarsi nel tempo. Quello che l'individuo riesce a fare da solo, introducendo le proprie risorse e capacità di fronteggiamento, potrebbe non bastare, non tutti sono resilienti in egual misura e le risposte cliniche sono eterogenee. Da qui pertanto l'importanza di attivare progetti mirati volti a sostenere le categorie più fragili, più esposte, più a rischio, o ancor più se con manifestazioni cliniche già in atto, con l'obiettivo anche di fornire monitoraggio longitudinale per prevenire o supportare eventuali risposte maladattive nel lungo termine

Obiettivo

Questo lavoro ha come obiettivo quello di focalizzare l'attenzione in merito alle implicazioni della pandemia sulla popolazione generale italiana in termini di disagio psicologico e descrivere le principali strategie e programmi di promozione e tutela della salute mentale progettati in risposta all'emergenza per rispondere ai bisogni psicosociali della popolazione.

Materiali e Metodi

È stata condotta una revisione della letteratura sulle principali banche dati elettroniche biomediche-sanitarie Medline, Embase e Cinhal dal 1° agosto 2020 fino al 31 ottobre 2020. Le parole chiave usate sono state “covid-19 and mental health and Italy”. Sono stati identificati 2658 articoli e rimossi i duplicati. Successivamente i titoli e gli abstract di ciascuna pubblicazione sono stati verificati da due valutatori indipendenti e sono stati selezionati per rilevanza 118. Una volta individuati gli studi eleggibili, al full-text sono stati applicati i criteri di inclusione:

- Che utilizzassero un disegno dello studio cross sectional o longitudinal
- Che valutassero lo stato mentale della popolazione generale durante la pandemia COVID-19 e i fattori di rischio associati
- Che utilizzassero scale di misurazione validate e standardizzate
- Non focalizzati su particolari sottogruppi di popolazione

Sono stati pertanto esclusi 96 articoli che presentavano protocolli di studio senza fornire i risultati, quelli che studiavano esclusivamente sottogruppi specifici di popolazione (es. personale sanitario, affetti da specifiche patologie, pazienti già in trattamento per patologie psichiatriche, popolazioni <18 o >65 anni) o popolazioni non italiane. Al termine del processo di selezione gli articoli inclusi nella sintesi sono stati 22.

Risultati

Le caratteristiche degli studi sono state sintetizzate in **Tabella 1**

(Fiorillo, et al., 2020), nel loro lavoro descrivono i risultati della fase 1 della sperimentazione nazionale COMET (The COvid Mental hEalth Trial) (Giallonardo, et al., 2020)

L'esito principale dello studio è valutare la gravità dei sintomi di ansioso-depressivi con la Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS-21) (Lovibondd & Lovibond, 1996). Gli esiti secondari includono i livelli di stato di salute mentale globale, sintomi ossessivo-compulsivi e post-traumatici, presenza e gravità dell'insonnia, livelli di solitudine percepita e presenza di ideazione suicidaria / pensieri suicidari. Inoltre, le variabili esplorative includono strategie di coping, livelli di crescita post-traumatica, supporto sociale percepito e resilienza. I test utilizzati sono riportati in **Tabella 1**.

Quasi tutti i partecipanti (91,2%, N = 18.882) hanno ottenuto un punteggio superiore alla soglia di 4 al GHQ, indicando il rischio di avere problemi di salute mentale. In particolare, i sintomi depressivi sono stati moderati nel 36,5% degli intervistati (N = 10.124) e gravi o estremamente gravi nel 12,4% (N = 2.555); i sintomi di ansia erano moderati nel 16,7% (N = 3.469) degli intervistati e gravi o estremamente gravi nel 17,6% (N = 3.633); i sintomi dello stress erano almeno moderati nel 41,6% (N = 8.619). Livelli da moderati a gravi di insonnia sono stati trovati nel 38,8% degli intervistati (N = 8.031). Circa l'11,3% (N = 2.332) del campione ha è al di sopra della soglia di rilevanza clinica della sintomatologia ossessivo-compulsiva all'OCI-R mentre l'ideazione suicidaria è riportata dal 14,2% (N = 2.976) degli intervistati. I partecipanti hanno mostrato alti livelli di evitamento e sintomi di iperarousal con livelli più bassi di sintomi intrusivi all'IES-R. Il 17,2% (N = 3.558) ha riferito di sentirsi solo, il 29,4% (N = 6.080) di sentirsi escluso dagli altri e il 36,9% (N = 7.646) sente che "altre persone sono intorno a loro, ma non insieme a loro", all'UCLA. Al Brief-COPE, è emerso che gli intervistati utilizzavano più frequentemente strategie di coping adattivo, come la pianificazione (38,9%, N = 8.059), l'accettazione (44,2%, N = 9.156) e il coping attivo (36,2%, N = 7.503). Per quanto riguarda le strategie di coping disadattive, il 10,2% (N = 2.106) del campione ha utilizzato lo sfogo, il 16% (N = 3.321) l'autoaccusa e il 26,2% (N = 5.429) l'autodistrazione. Inoltre, il 18,4% (N = 3.777) ha riferito di assumere farmaci psicoattivi per far fronte alla situazione. Al PTGI, i partecipanti hanno riferito di aver trovato "qualcosa di positivo"

fuori da questa situazione, con alti livelli di "apprezzamento per la vita" (51,3%, N = 10.625), sentirsi più vicini alle altre persone (40,5%, N = 8.388), essere più soddisfatti della vita quotidiana (42,1%, N = 8.728) e maggiore capacità di gestire situazioni difficili (43,9%, N = 9.093). Inoltre, gli intervistati hanno riportato un buon livello di resilienza con un punteggio di 31,3 10,4 al CD-RISC. Infine, la maggior parte dei partecipanti ha dichiarato di sentirsi supportata dalla famiglia (70,6%, N = 14.623) e dagli amici (69,8%, N = 14.461) alla MSPPS. L'indagine evidenzia anche come i livelli di ansia, depressione e sintomi di stress sono aumentati nel tempo, diventando più gravi nelle ultime settimane del lockdown. Sono emersi disturbi della qualità del sonno e ideazione suicidario (14,5% del campione). Durante il blocco i partecipanti hanno segnalato un aumento del tempo speso su Internet, che era associato a un rischio maggiore di sviluppare problemi di salute mentale. Le partecipanti di sesso femminile, i pensionati ed i disoccupati sono risultati a maggior rischio di sviluppare sintomi ansioso-depressivi ed essere affetti da un problema di salute mentale preesistente è emerso rappresentare un fattore di rischio significativo e indipendente per lo sviluppo di sintomi depressivi, ansia e stress. I fattori protettivi contro lo sviluppo di sintomi psichiatrici includevano livelli più elevati di soddisfazione per la propria vita e con i conviventi e vivere con un numero maggiore di familiari.

Nello studio trasversale di (Gualano, Lo Moro, Voglino, Bert, & Siliquini, 2020) viene stimata la prevalenza di sintomi depressivi, sintomi di ansia e disturbi del sonno nella popolazione italiana durante gli ultimi 14 giorni del lockdown. Il questionario autosomministrato era composto da 49 item e diviso in quattro sezioni: una prima sezione ha indagato le caratteristiche socio-demografiche dei soggetti (età, sesso, nazionalità, stato civile, livello di istruzione, occupazione, paura di perdere il lavoro, perdite economiche e storia di malattie croniche), una seconda sezione ha valutato la quantità di ore trascorse in Internet, le fonti di informazione utilizzate, il numero di volte in cui un soggetto è uscito in una settimana, se il soggetto ha utilizzato o meno la spesa online, se gli intervistati hanno evitato l'attività fisica per paura di offese o disapprovazione della comunità e l'abitudine di indossare mascherine quando si esce. Nella terza sezione, i sintomi depressivi, di ansia e di disturbi del sonno sono stati studiati attraverso i questionari riportati in **Tabella 1**. Infine, una quarta sezione ha valutato l'accesso all'assistenza sanitaria (HCA). In particolare, l'indagine ha valutato l'automedicazione e se i servizi medici programmati fossero stati ritardati. La prevalenza dei sintomi di

depressione e ansia era rispettivamente del 24,7% e del 23,2%; il 42,2% ha avuto disturbi del sonno e, tra questi, il 17,4% ha riportato un'insonnia moderata / grave. Il genere femminile, un aumento del tempo trascorso in Internet e il non effettuare attività che comportassero l'allontanamento dall'abitazione per evitare la disapprovazione della comunità hanno aumentato la probabilità di almeno un risultato di salute mentale. L'aumento dell'età, l'assenza di problemi legati al lavoro e il matrimonio o la convivenza riducono tale probabilità. Il genere femminile e i partecipanti con condizioni croniche erano associati anche ad una maggiore prevalenza di disturbi del sonno.

Nello studio trasversale di (Rossi, et al., 2020) i sintomi post-traumatici da stress (PTSS), i sintomi della depressione, i sintomi dell'ansia, l'insonnia, lo stress percepito e i sintomi del disturbo dell'adattamento (ADS) sono stati valutati utilizzando le versioni italiane degli strumenti indicati in **Tabella 1**. Dall'indagine su un campione di 18.147 intervistati, 6.666 (37,14%) hanno riportato un punteggio $\geq 3/5$ per PTSS, con un punteggio medio di sintomo GPS totale di 7 (IQR 6, gamma 0-17); 3.099 intervistati (17,3%) hanno riportato gravi sintomi depressivi, con un punteggio medio totale di PHQ di 8 (IQR-6, gamma 0-17); 3.732 (20,8%) intervistati hanno riportato gravi sintomi di ansia, con un punteggio medio GAD di 8 (intervallo 0-21, IQR-10); 1.306 (7,3%) intervistati hanno riferito gravi sintomi di insonnia, con punteggio totale medio ISI di 10 (intervallo 0-28, IQR-12); Il punteggio totale del PSS è stato di 25 (intervallo 4-44, IQR-13), il settantacinquesimo percentile era 31, con 3.933 (21,9%) intervistati al di sopra di questa soglia; 4.129 (23,0%) intervistati hanno segnalato un punteggio IADQ compatibile con il sospetto della presenza di un disturbo di regolazione. Essere donna è stato associato a tutti i risultati selezionati. La giovane età è stata associata con PTSS, sintomi di depressione, sintomi di ansia, e lo stress percepito. Rispetto al Nord Italia, i partecipanti del Mezzogiorno hanno mostrato maggiori probabilità di mostrare i sintomi indagati ad eccezione dell'ADS. Essere in quarantena perché infettati o contatti stretti di persone infette è stato associato con PTSS, ansia e ADS. Dopo aver sperimentato un evento di vita stressante a causa di COVID-19, come valutato dalla lista di controllo IADQ modificata, è stato associato a tutti i risultati indagati. L'attività di lavoro interrotta a causa del COVID-19 è stata associata a tutti i risultati selezionati ad eccezione di ADS, mentre lavorare più del solito a causa del COVID-19 è stato associato a PTSS, stress percepito e ADS. Avere una persona cara positiva o deceduta per COVID-19 è stato associato con PTSS.

Lo studio di (Casagrande, Favieri, Tambelli, & Forte, 2020) ha raccolto informazioni sui dati sociodemografici e informazioni aggiuntive riguardanti la pandemia di COVID-19. Inoltre, sono stati valutati qualità del sonno, disturbi del sonno, sintomi di ansia generalizzati, disagio psicologico e sintomatologia del disturbo da stress post-traumatico (PTSD) correlati al COVID-19. Le caratteristiche del campione ed i questionari somministrati sono riportati in **Tabella 1**. Tra tutti gli intervistati, solo 9 (0,4%) sono stati infettati da COVID-19 e 40 (1,7%) erano certi di aver avuto stretti contatti con persone sospettate di aver contratto il virus. Del campione complessivo, 112 intervistati (4,9%) erano conoscenti di persone morte a causa del COVID-19 e 177 (7,7%) di persone ricoverate in unità di terapia intensiva (ICU).

I risultati hanno rivelato che il 57,1% dei partecipanti ha riferito scarsa qualità del sonno, 32,1% alta ansia, 41,8% di elevata angoscia.

In generale, le persone provenienti dal Nord Italia hanno riportato la peggiore qualità del sonno rispetto alle persone del Sud Italia, mentre le persone del Centro Italia hanno segnalato una bassa qualità del sonno, un uso più elevato dei farmaci e un tempo di pisolino inferiore, rispetto a quelli che vivono nel Sud Italia. Non sono state segnalate differenze tra le persone provenienti dal Nord e dal Centro, ad eccezione della frammentazione del sonno con le peggiori condizioni nel Nord Italia. Considerando la scala PGWB gli intervistati del Nord Italia hanno mostrato la peggiore percezione della salute generale rispetto agli intervistati del Sud Italia; considerando il GAD e il PTSD non sono state rilevate differenze significative. I risultati secondari studiati in base alla prevalenza di scarsa qualità del sonno, sintomi di ansia generalizzati e disagio psicologico stratificate per sesso, età, aree territoriali, conoscenza delle persone colpite da COVID-19 e la solitudine nell'esperienza di isolamento sociale, hanno mostrato che il rischio di disturbi del sonno era più elevato nelle donne, nei disoccupati, in coloro che vivono nel Nord Italia, nei soggetti incerti per quanto riguarda il contatto diretto con gli individui infetti ed in quelli che conoscevano le persone decedute per COVID-19. Considerando la sintomatologia d'ansia generalizzata, essere di genere femminile, di età inferiore ai 30 anni, avere un titolo post-laurea in una professione di assistenza sanitaria e conoscere le persone decedute COVID-19, sembrano essere fattori di rischio. Il rischio più elevato di disagio psicologico era legato all'essere di sesso femminile, un'età compresa tra i 18 e i

30 anni, l'incertezza riguardo a possibili infezioni da COVID-19 e incertezza o certezza sul contatto diretto con le persone infette.

Considerando il questionario per il PTSD, 173 soggetti hanno riportato un alto livello di sintomi da stress post-traumatico COVID-correlato, con un punteggio superiore a 1,5 deviazioni standard dai punteggi medi, indicando una prevalenza di sintomatologia PTSD in questo campione pari al 7,6%.

L'analisi della regressione lineare, rettificata per sesso, età e media dei giorni trascorsi in quarantena dagli intervistati ha rivelato un ruolo predittivo significativo di qualità del sonno, ansia generalizzata e disagio psicologico verso i punteggi COVID-19-PTSD.

Nello studio trasversale di (Cellini, Canale, Mioni, & Costa, 2020) sono stati utilizzati i questionari riportati in **Tabella 1** per indagare l'impatto delle misure di restrizione italiane sulle abitudini quotidiane degli individui, come i ritmi sonno-veglia, l'uso dei media digitali e la misura del tempo. Un quarto (24,2%) dell'intero campione ha riportato sintomi di depressione da moderati a estremamente gravi, il 32,6% ha riportato sintomi di ansia da moderati a estremamente gravi e il 50,12% ha riportato sintomi di stress da moderati ad estremamente gravi. Considerando i cambiamenti nell'abitudini del sonno, è emerso un incremento significativo nel punteggio del PSQI durante il periodo di restrizione, senza differenza tra studenti e lavoratori. È stato osservato anche un maggiore cambiamento della qualità del sonno nei partecipanti con un punteggio elevato della DASS-21, soprattutto negli studenti. Come previsto, durante il blocco le persone hanno aumentato l'uso dei media digitali vicino all'ora di coricarsi senza tuttavia che venissero influenzate le abitudini di sonno. Tuttavia, già nella seconda settimana del blocco (17-23 marzo), i ritmi sonno-veglia sono notevolmente cambiati, con le persone che andavano a letto e si svegliavano più tardi, e che pur trascorrendo più tempo a letto riportavano anche una qualità del sonno inferiore. Per quanto riguarda la misura del tempo, il blocco ha indotto una maggiore difficoltà nel tenere traccia del tempo, con persone che hanno sperimentato confusione su quale giorno e ora fossero. Inoltre, è stata sperimentata un'espansione del tempo durante il blocco, con le persone che provavano sempre più un senso di noia, e si sentivano bloccate nel tempo. La diminuzione della qualità del sonno era più forte per le persone con un più alto livello di depressione, ansia e stress sintomatici e anche associato con una maggiore sensazione di espansione del tempo.

(Simione & Gnagnarella, 2020) hanno condotto uno studio trasversale per indagare le preoccupazioni e la percezione del rischio per la situazione sanitaria e sociale in Italia relativi all'emergenza COVID-19. Ai partecipanti è stato chiesto di segnalare le loro preoccupazioni e opinioni sul COVID-19 in circa 50 diverse domande combinate con variabili psicologiche che misurano stress, ansia e ansia da morte. Sono stati analizzati i dati ottenuti da un campione di 353 italiani adulti **Tabella 1**, suddivisi in due gruppi in base a lavoro o formazione. Nel primo gruppo sono stati inclusi medici, infermieri, paramedici, studenti di medicina / infermieristica / altre discipline mediche (gruppo "MED"; N = 167; età media = 35,56 anni, SD = 9,90 anni; femmine = 133, maschi = 34), mentre nel secondo gruppo sono stati inclusi tutti i restanti partecipanti (gruppo "NO MED/ CONTROL"; N = 186; età media = 40,69 anni, SD = 13,58 anni; femmine = 132, maschi = 54). È stata anche valutata l'influenza della regione geografica di provenienza poiché le regioni settentrionali sono state più coinvolte rispetto a quelle centrali e meridionali. La batteria dei questionari somministrati è riportata in **Tabella 1**.

È emerso come per il punteggio dell'ansia da morte (ECQ) non si sono evidenziate differenze significative mentre per il punteggio di stress percepito (PSS) è stata individuata un'influenza significativa della zona geografica di provenienza, con i partecipanti del Nord Italia che segnalano livelli di stress più elevati rispetto ai partecipanti sia del Centro che del Sud Italia. L'analisi ha anche rivelato una significativa influenza della zona di provenienza, con i partecipanti MED del Nord che hanno riportato un punteggio di stress più alto rispetto ad altri partecipanti MED sia del Centro che del Sud Italia, così come un punteggio di stress più alto rispetto ai partecipanti al gruppo NO MED per tutte le zone di provenienza. Per il punteggio di ansia (STAI), i partecipanti del Nord Italia hanno riportato livelli di ansia più elevati rispetto a quelli del Centro, con i partecipanti al gruppo MED del Nord Italia che hanno mostrato livelli più elevati di ansia e stress rispetto alla popolazione generale e al personale medico e paramedico di altre zone. Per quanto riguarda il rischio percepito e le preoccupazioni relative alla pandemia COVID-19, il gruppo MED ha mostrato una probabilità circa 2,5 volte maggiore rispetto agli altri partecipanti di percepirsi a rischio di infezione, così come circa 2 volte le probabilità di pensare di essere a rischio anche all'inizio dell'epidemia in Italia. Anche la regione di provenienza influenza il rischio percepito (maggiore nel Nord) e il sesso femminile, e soprattutto nel gruppo MED, è correlato ad una maggiore percezione del

rischio. Anche l'età maggiore di 60 anni è correlata a maggiore preoccupazione per la salute circa le conseguenze di un'eventuale infezione da COVID-19. Infine, anche altri fattori psicologici hanno influenzato le probabilità di rischio percepito di infezione. In effetti, lo stress aumenta tale rischio percepito, mentre l'ansia da morte aumenta direttamente la preoccupazione per le conseguenze fatali o gravi di COVID-19 e che il virus potrebbe avere un impatto sulla situazione a livello globale.

Nella cross-sectional survey di (Di Crosta, et al., 2020) et al. sono stati reclutati 4121 partecipanti utilizzando un sondaggio via web. La stabilità economica è stata una delle variabili considerate per questo studio. Per questo motivo sono state individuate le persone che percepiscono un reddito stabile e quelle che non percepiscono nessun reddito, selezionando solo lavoratori disoccupati e a tempo pieno. Altre categorie come studenti, casalinghe e pensionati sono state escluse. Le caratteristiche del campione e la batteria di questionari sono riportati in **Tabella 1**. È stata presentata, inoltre, una serie di domande socio-demografiche quali il sesso (M vs F), lo stato lavorativo (lavoratore a tempo pieno vs. disoccupato), il livello di istruzione (diploma di scuola superiore o meno vs. titolo superiore al diploma di scuola superiore) e condizione di vita (non solo vs. solo). Lo scopo del lavoro era esaminare i fattori che portano a elevati sintomi di PTSD correlati alla pandemia di COVID-19. Il primo risultato è stato che, durante il picco dell'epidemia di COVID-19, più di un terzo degli intervistati (35,59%; N = 446) ha riportato alti sintomi di PTSD, riportando un punteggio su IES-R superiore al cut-off. Inoltre, i gruppi con PTSD basso e PTSD alto differivano in tutte le differenze individuali. In particolare, le donne, i lavoratori a tempo pieno, gli individui con un diploma di scuola superiore o inferiore e gli individui che non vivevano da soli si sono dimostrati più inclini a sviluppare sintomi di disturbo da stress post-traumatico rispetto agli uomini, ai disoccupati, ai soggetti con un livello di istruzione più elevato e agli individui che vivevano da soli. I risultati hanno indicato anche una significativa associazione positiva tra il gruppo IES-R e "convinzione di contagio", "conseguenze del contagio" e "stabilità economica". Pertanto, tutte queste variabili potrebbero influire ulteriormente sullo sviluppo di sintomi di disturbo da stress post-traumatico elevato. Inoltre, è stata trovata una significativa associazione negativa tra il "gruppo IES-R" e "Nevroticismo", quindi questo tratto di personalità è correlato a una maggiore probabilità di sviluppare sintomi di PTSD a causa della pandemia COVID-19.

Lo studio trasversale di (Moccia, et al., 2020) aveva il proposito di indagare il disagio psicologico percepito dalla popolazione generale italiana durante la fase iniziale della pandemia COVID-19 e di analizzare il temperamento affettivo e gli stili di attaccamento degli adulti come potenziali mediatori. Attraverso un sondaggio online sono state raccolte informazioni sociodemografiche e relative al blocco e sono stati valutati angoscia, temperamento e attaccamento utilizzando le scale riportate in **Tabella 1**. Nel campione il 62% degli individui non ha riportato alcuna probabilità di disagio psicologico mentre il 19,4% e il 18,6% ha mostrato, rispettivamente, una probabilità lieve e da moderata a grave. I tre gruppi differivano solo per genere ed età. L'analisi statistica ha rivelato significative differenze tra i tre gruppi riguardo i temperamenti ciclotimico, depresso, irritabile e ansioso; oltre a differenze in diverse dimensioni ASQ. Il temperamento ansioso è stato identificato come un fattore di rischio per lo stress psicologico medio, il genere maschile come fattore protettivo. I temperamenti ciclotimico, depresso e ansioso e il sottolivello dell'ASQ "bisogno di approvazione" sono risultati fattori di rischio per stress psicologico da moderato a severo. I dati hanno indicato che un rilevante quota di soggetti potrebbe aver sperimentato disagio psicologico a seguito dell'epidemia di COVID-19, soprattutto gli individui ciclotimici/depressi possono essere più propensi a percepire l'epidemia di COVID-19 e le relative misure di contenimento come dolorose e a sperimentare un aumento degli effetti negativi in risposta all'isolamento sociale.

Lo studio di (Mazza, et al., 2020) era mirato a stabilire la prevalenza dei sintomi psichiatrici e ad identificare fattori di rischi e di protezione per lo stress psicologico nella popolazione generale. In secondo luogo, ha esaminato l'associazione tra le variabili sociodemografiche, come età, genere e tratti della personalità, depressione, ansia e stress. Del campione finale, 1982 partecipanti (71,7%) sono femmine e 784 (28,3%) maschi. L'età media è 32,94 e la maggior parte del campione (43,2%) ha un diploma di scuola superiore ed è single (67,5%), studente (38,0%) e senza figli (77%). Inoltre, la maggior parte dei partecipanti (85,6%) ha riportato di seguire le indicazioni del governo di restare a casa. La salute mentale è stata misurata con le scale presenti in **Tabella 1**. In relazione alla depressione, il 67,3% degli intervistati aveva un livello medio, il 17% era nella fascia alta ed il 15,4% nella fascia estremamente alta. Bassa scolarità, genere femminile, disoccupazione, non avere figli, avere un parente infetto, una storia di situazioni stressanti e problemi di salute sono associati con alti livelli di depressione. Alti livelli di

attaccamento negativo e distacco sono associati con alti livelli di depressione. In relazione all'ansia, l'81,3% degli intervistati aveva un livello medio, il 7,2% era nella fascia alta e 11,5% nella fascia estremamente alta. L'analisi statistica indica che alti livelli di attaccamento negativo e distacco sono associati con elevati livelli di ansia

In relazione allo stress, il 2012 (72,8%) degli intervistati si collocava nella fascia media, 404 (14,6%) nella fascia alta e 347 (12,6%) nella fascia estremamente alta. Livelli più elevati di stress erano associati alla giovane età, al genere femminile, al fatto di dover lavorare fuori casa, avere un conoscente infetto, una storia pregressa di situazioni stressanti e/o malattia. Il sesso femminile, l'affetto negativo e il distacco erano associati a livelli più elevati di depressione, ansia e stress. Avere un conoscente infetto era associato a livelli aumentati di depressione e stress, mentre una storia di situazioni stressanti e problemi medici era associata a livelli più alti di depressione e ansia. Infine, quelli con un familiare infetto e un giovane che ha dovuto lavorare fuori dal proprio domicilio hanno presentato rispettivamente livelli più elevati di ansia e stress.

Lo studio di (Somma A. , et al., 2020) mirava a valutare l'impatto delle caratteristiche demografiche, dei tratti di personalità disadattati e delle convinzioni causali sul COVID-19 sui problemi emotivi percepiti in un campione di adulti italiani che vivono nella comunità nel primo mese del periodo di lockdown. Del campione 193 (18,5%) partecipanti erano maschi e 850 (81,5%) erano donne; l'età media dei partecipanti era di 32,84 anni, SD 12,66 anni (intervallo: 18-78 anni). Riguardo al titolo di studio, 57 partecipanti (5,57%) ha un diploma di scuola media, 488 (46,79%) diploma di scuola superiore, 464 (37,36%) ha una laurea e 4 partecipanti (0,38%) hanno rifiutato di riferire il loro livello di istruzione. In media, i partecipanti hanno ricevuto 15,37 anni di istruzione, SD 3,37 anni. Seicentocinquanta partecipanti (59,0%) non sono sposati, 376 (36,0%) lo sono, 40 (3,8%) sono divorziati e 11 (1,1%) vedovi, mentre un partecipante (0,1%) ha rifiutato di rivelare il suo status civile. Per l'indagine sono stati usati tre questionari riportati in **Tabella 1**. Nell'Emotional Problems Scale 138 (13,2%) partecipanti hanno raggiunto un punteggio ≥ 7 , che suggerisce problemi emotivi clinicamente rilevanti. È stata quindi eseguita una comparazione tra i questi ed il resto del campione, da questa analisi si evince che le variabili demografiche sono predittori significativi di questi tipi di problemi. È stato utilizzato lo strumento PID-5-SF per raggiungere lo scopo dello studio e definire i tratti di personalità non adattivi nei cinque

domini: Affettività negativa, Distacco, Antagonismo, Disinibizione e Psicoticismo. Confrontando questi risultati con i due gruppi scaturiti dalla precedente valutazione si è vista una valida connessione tra il gruppo che evidenziava problemi emotivi e i partecipanti che rientravano nei domini del PID-5-SF. Infine, attraverso il COVID-19 CBQ sono state valutate le teorie e le credenze associate alla pandemia dividendole in tre ambiti: credenza soprannaturale, cospirativa e scientificamente provata. Interessante è anche la correlazione identificata tra i domini Affettività negativa e Psicoticismo e la credenza soprannaturale e tra i domini Antagonismo, Disinibizione e Psicoticismo e la credenza cospirativa; non sono state evidenziate correlazioni tra i domini del PID-5 e la credenza scientificamente provata.

In conclusione, le analisi suggeriscono che diverse caratteristiche individuali possono rappresentare fattori di rischio significativi per percepire il disagio emotivo clinicamente rilevante soprattutto il genere femminile, non essere sposate, avere un'età inferiore ai 30 anni e avere in media <15 anni di istruzione.

Lo studio trasversale di (Marelli, et al., 2020) ha analizzato la presenza di disturbi del sonno, ansia e depressione in una popolazione di 307 studenti universitari e 93 dipendenti amministrativi attraverso i questionari indicati in **Tabella 1**. Il 75% del campione di genere femminile, con una distribuzione omogenea nei due gruppi (studenti e lavoratori). I risultati hanno evidenziato un ritardo dell'ora di andare a letto, della latenza del sonno e del tempo di risveglio durante l'emergenza COVID-19 ed un peggioramento della qualità del sonno e dei sintomi di insonnia. In particolare, durante il lockdown, l'impatto del ritardo nell'ora di andare a letto e nell'alzarsi è stato più pronunciato negli studenti, con 39 minuti di ritardo nel "bed time" rispetto ai 16 dei dipendenti amministrativi e 64 minuti di ritardo nel "wake up" rispetto ai 37 del secondo gruppo. Nei lavoratori si è osservato un aumento significativo dell'insonnia durante il periodo di lockdown raggiungendo il 40%, inoltre i lavoratori con difficoltà nell'addormentamento sono aumentati da prima dell'emergenza dal 15% al 42%. Nel campione, il 27,8% ha mostrato sintomi depressivi, mentre il 34,3% ha mostrato sintomi ansiosi, in particolare, l'analisi ha mostrato che questi sintomi erano più frequenti negli studenti: il punteggio BDI somatico-affettivo clinicamente significativo è stato trovato nel 12,9% dei lavoratori e nel 25,9% degli studenti, il punteggio cognitivo BDI nel 24,7% dei lavoratori e nel 43,2% degli studenti e il punteggio totale BAI nel 21,5% dei lavoratori e nel 38,2% degli studenti. È stata anche

valutata una differenza di genere che dimostra che le donne hanno un punteggio peggiore rispetto agli uomini sia nel PSQI che nella ISI. In conclusione, l'impatto del blocco è stato maggiore negli studenti che nei lavoratori e nelle donne rispetto agli uomini.

Nello studio trasversale di (Di Giuseppe, et al., 2020) è stato indagato l'impatto psicologico della pandemia nella prima settimana di lockdown in Italia ed il ruolo dei meccanismi di difesa come fattori protettivi contro lo stress. Il campione di italiani preso in esame ha risposto a un sondaggio online che valutava i dati socio-demografici, il disagio psicologico complessivo, i sintomi post-traumatici e i meccanismi di difesa utilizzando test validati riportati in **Tabella 1**. I partecipanti erano per lo più adulti di mezza età, donne, con parenti stretti e senza figli; il 23% proveniente dall'Italia settentrionale, il 55% da quella centrale ed il 22% dal sud Italia. Solo il 4% si è trasferito in un'altra città a causa del COVID-19 e il 62% è stato in grado di lavorare da remoto. Una piccola percentuale di partecipanti è risultato positivo al COVID-19 (6%), o la morte di parenti stretti o amici a causa del virus (2%). All'interno di questo campione, il 35,6% ha riferito livelli clinicamente significativi di disagio, misurati dal GSI, il 29,4% ha riferito sintomi clinicamente significativi di stress post-traumatico, misurati dall'IES-R. Sintomi significativi di depressione e ansia sono stati segnalati da 37,8 e 51,1% dei partecipanti rispettivamente. La probabilità di sviluppare PTSD è risultata maggiore tra i 30 e i 50 anni rispetto agli under 30, e diminuisce del 48% per gli over 60, rispetto agli under 30. Essere di genere femminile, avere un conoscente positivo, più giorni di lockdown e doversi trasferire erano associati a una maggiore probabilità di PTSD. La seconda ipotesi dello studio valutava le strategie difensive: valori ODF (Overall defensive functioning) più elevati sono correlati alla minore probabilità di depressione, ansia di PTSD. Al contrario, strategie difensive meno adattive sono legate ad una maggiore angoscia affettiva in tutti i settori.

Nello studio di (Casali, Feraco, Ghisi, & Meneghetti, 2020) sono stati raccolti dati da un campione di 944 italiani mediante un sondaggio online. Dopo aver raccolto informazioni socio-demografiche su sesso, età, numero di bambini che vivono a casa, lavoro o status di studente e provincia di residenza, sono stati indagati i punti di forza del carattere, il disagio psicologico e l'autoefficacia correlata a Covid-19 un mese dopo l'inizio del blocco attraverso le scale riportate in **Tabella 1**. Il 35% del campione esaminato aveva almeno un figlio che viveva a casa, il 49% erano lavoratori a tempo pieno, il 21% erano studenti,

il 9% lavorava a tempo parziale, il 6% era disoccupato e il 4% era in pensione. Gli intervistati vivevano in 87 delle 106 province italiane. I punteggi ottenuti nel DASS-21 e nel GHQ-12 sono stati calcolati utilizzando i valori soglia standardizzati per descrivere la gravità del disagio psicologico nella popolazione. Il 46% dei partecipanti presentava sintomi da moderati a estremamente gravi di depressione, il 40% presentava sintomi da moderati a estremamente gravi di stress e il 30% presentava sintomi da moderati a estremamente gravi di ansia. Dai risultati del GHQ-12, l'83% dei partecipanti ha riferito uno stato di salute generale inferiore rispetto al solito. I risultati hanno identificato un disagio più generale nelle donne e negli intervistati che hanno segnalato cambiamenti più drastici legati al lavoro e una minore autoefficacia (SEC). Dall'analisi sono stati anche identificati quattro fattori caratteriali: trascendenza, relazione, apertura e moderazione. Il primo fattore ha avuto le maggiori associazioni con le altre scale, indicando che le persone ben dotate di punti di forza della trascendenza (ad esempio, speranza, entusiasmo, gratitudine) hanno ottenuto un punteggio più alto per la salute mentale generale, più basso per il disagio psicologico (meno sintomi di depressione, ansia e stress), e più alto per l'auto-efficacia nel far fronte alla situazione di blocco. Le persone che avevano un punteggio più alto per l'apertura (cioè la creatività, il coraggio, la curiosità, l'umorismo, l'intelligenza sociale e l'amore per l'apprendimento) tendevano a sperimentare più sintomi di depressione, ansia e stress in quarantena.

Nello studio di (Amerio, et al., 2020) sono stati intervistati 8177 studenti di un istituto universitario di Milano mediante un sondaggio on line. La prima sezione del questionario ha esaminato le caratteristiche generali degli intervistati (sesso, età, stato civile, livello di istruzione in anni e impatto soggettivo del confinamento obbligatorio sul lavoro).

La seconda sezione consisteva nella somministrazione delle scale di valutazione riportate in **Tabella 1**, progettate per riconoscere sintomi depressivi, ansiosi e legati al sonno, impulsività e qualità della vita. La terza sezione del questionario ha esaminato le caratteristiche degli alloggi per evidenziare una correlazione con il disagio psichico.

Il campione era omogeneo per genere con un'età media e un livello di istruzione rispettivamente di $24,02 \pm 7,46$ e $14,74 \pm 2,32$ anni.

Il 12,8% del campione ha evidenziato sintomi depressivi da moderati-gravi a gravi alla scala PHQ-9, gli stessi mostrano una gravità significativamente più alta per ansia, impulsività, disturbi del sonno e qualità di vita mentale e fisica. Per quanto riguarda i

parametri architettonici considerati, gli studenti con sintomi depressivi moderati-gravi e gravi vivevano in appartamenti di piccole dimensioni, con una scarsa qualità di arredamento, senza vista o con un balcone inutilizzabile.

Dall'analisi si evidenzia una forte associazione tra alloggi poveri e sintomi depressivi moderati-gravi e gravi, con particolare riferimento a piccoli appartamenti, scarsa qualità degli interni e ridotta visuale su spazi aperti. Inoltre, il peggioramento delle prestazioni lavorative legate al lavoro da casa ha aumentato di quattro volte il rischio di sintomi depressivi.

Lo studio di (Forte, Favieri, Tambelli, & Casagrande, COVID-19 Pandemic in the Italian Population: Validation of a Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire and Prevalence of PTSD Symptomatology, 2020) aveva lo scopo di comprendere l'impatto psicologico dell'epidemia di COVID-19 e gli esiti psicopatologici relativi alla prima fase dell'emergenza. Nella prima parte del sondaggio effettuato sono state raccolte informazioni sulle variabili socio-demografiche, la storia del contatto diretto o indiretto con COVID-19 e ulteriori informazioni sull'emergenza COVID-19. Con i questionari riportati in **Tabella 1** inoltre, sono stati indagati sintomi psicopatologici come ansia, le alterazioni dell'umore e la sintomatologia post traumatica.

Nel campione di individui che hanno completato i questionari, 580 (25,3%) erano maschi e 1708 (74,6%) erano femmine; l'età media dei partecipanti era di 30,0 anni. La fascia di età più rappresentata era 18-29 anni (68,6%). La maggior parte dei partecipanti (1136; 49,6%) ha ricevuto un'istruzione superiore ed erano studenti (1073; 46,8%) o dipendenti (688; 30,0%). I partecipanti provenivano da tutta l'Italia con percentuali del 23,6%, 25,1% e 51,3% rispettivamente tra Nord, Centro e Sud. Tra tutti gli intervistati, solo 9 (0,4%) erano stati infettati dal COVID-19 e 40 (1,7%) erano sicuri di aver avuto stretti contatti con individui sospettati di infezione da COVID-19. Del campione complessivo, 112 intervistati (4,9%) e 177 (7,7%) rispettivamente, conoscevano persone morte e pazienti in unità di terapia intensiva (ICU) a causa dell'infezione da COVID-19. I risultati hanno rivelato che rispettivamente il 31,38%, il 37,19% e il 27,72% degli intervistati ha riportato livelli di sintomatologia psicopatologica generale, ansia e sintomi di disturbo da stress post-traumatico oltre i punteggi di cut-off. Inoltre, è emerso un significativo peggioramento dell'umore. Essere una donna o avere meno di 50 anni, avere avuto contatti diretti con persone infettate dal COVID-19, sperimentare incertezza sul rischio

di contagio e avere conoscenti ricoverati in terapia intensiva o deceduti rappresentano fattori di rischio per il disagio psicologico.

Lo studio trasversale di (Conversano, et al., 2020) ha analizzato il ruolo chiave della consapevolezza nella protezione dell'individuo dal disagio psicologico conseguente al distanziamento sociale e alla quarantena COVID-19. Le informazioni socio-demografiche, l'esposizione alla pandemia e la messa in quarantena sono state valutate insieme al disagio psicologico e alla disposizione alla consapevolezza attraverso i questionari riportati in **Tabella 1**. I partecipanti erano per lo più adulti di mezza età tra i 30 e i 50 anni, mentre circa il 33 e il 27% erano rispettivamente più giovani e più anziani. La maggior parte del campione era rappresentato da donne, conviventi con parenti stretti, senza figli. La provenienza del campione era prevalentemente dal Centro Italia (N = 3.463; 54%), mentre il 25% (N = 1.603) e il 21% (N = 1.346) provenivano rispettivamente del Nord e del Sud Italia. I tassi di casi positivi segnalati e di decessi tra parenti stretti o amici erano rispettivamente di circa il 7% (N = 417) e il 3% (N = 167). Le variabili incluse erano età, sesso, quarantena, persone con cui convivono, avere figli e consapevolezza. Dall'analisi eseguita si evince che tutti i fattori hanno avuto un risultato significativo, ma la consapevolezza è risultata il miglior predittore di Global Severity Index. Mentre la quarantena ha influito negativamente sulla salute mentale, aumentando il disagio per ogni settimana trascorsa in blocco, la relazione tra consapevolezza e sintomi psichiatrici ha dimostrato che questa migliora il benessere e aiuta ad affrontare situazioni stressanti come la pandemia COVID-19. I soggetti più giovani e le donne erano a maggior rischio di problemi di salute mentale, mentre la convivenza con il proprio coniuge li faceva sentire leggermente protetti in termini di benessere psicologico.

La survey di (Pagnini, et al., 2020), ha esplorato i livelli di conoscenza sul virus, la preoccupazione, la percezione del rischio, la valutazione sociale ed i comportamenti di prevenzione associati all'epidemia COVID-19 di 2886 italiani provenienti da aree con diversi gradi di esposizione alla pandemia (rosse, gialle e verdi) **Tabella 1**. Il lavoro ha anche valutato eventuali associazioni delle preoccupazioni legate alla pandemia e al contagio con la qualità della vita durante la prima settimana dell'epidemia. Sono state valutate, inoltre, alcune caratteristiche individuali associate a preoccupazioni e comportamenti, comprese le caratteristiche demografiche, i tratti della personalità, il controllo sanitario percepito, l'ottimismo e la necessità di chiusura cognitiva, mediante

scale specifiche **Tabella 1**. Lo studio ha evidenziato che, dopo la prima settimana dall'inizio dell'epidemia italiana, il livello di preoccupazione era relativamente basso in tutte e 3 le zone, ma la preoccupazione di contrarre SARS-CoV-2 e l'adozione delle misure precauzionali sono aumentate con la vicinanza geografica al centro dell'epidemia, in linea con i risultati precedenti. Le donne hanno riportato livelli più elevati di rischio percepito e comportamenti preventivi ed i giovani sono risultati più sensibili alla valutazione sociale e più inclini ad adottare comportamenti preventivi rispetto ai più anziani. Le associazioni della percezione del rischio con la qualità della vita, il benessere fisico e mentale erano simili tra gli intervistati di tutte e 3 le zone. Bassi livelli di stabilità emotiva erano associati con la percezione del rischio nelle tre zone ed era correlata a maggiore reattività emotiva in situazioni di stress. I soggetti con punteggi alti nel bisogno di chiusura cognitiva, con minore capacità di tollerare le ambiguità erano associati a sensibilità alle reazioni emotive altrui e a comportamenti precauzionali.

Nello studio longitudinale di (Salfi, et al., 2020), un campione costituito da 7107 italiani ha completato un sondaggio web durante la terza settimana di lockdown. L'indagine ha valutato le informazioni demografiche, la qualità del sonno, i sintomi di insonnia e depressione, lo stress percepito e l'ansia, utilizzando questionari validati riportati in **Tabella 1**. Solo 2701 individui hanno partecipato alla valutazione di follow-up completando la stessa batteria di tesi della prima valutazione. Le donne hanno riportato punteggi costantemente più alti degli uomini sulle scale del sonno e della salute mentale, specialmente all'inizio del periodo di blocco. Tuttavia, il periodo prolungato di reclusione familiare ha ridotto il divario di genere in due modi importanti. Da un lato, le donne si sono mostrate essere più resistenti degli uomini, nel lungo periodo, mostrando una leggera tendenza al miglioramento dell'insonnia, della depressione, dell'ansia e del disagio alla fine delle sette settimane coperte dalla presente ricerca. D'altra parte, gli uomini hanno mostrato un'esacerbazione dei sintomi di insonnia e un deterioramento della qualità del sonno durante il blocco. Inoltre, i partecipanti maschi hanno riportato un sostanziale incremento dello stress percepito alla fine dello studio. Inoltre, sebbene le donne abbiano riportato una maggiore prevalenza di condizioni cliniche come l'insonnia e la depressione nella prima parte del blocco, il divario di genere si è ridotto dopo quattro settimane.

(Baiano, et al., 2020) con il loro studio longitudinale si sono posti l'obiettivo di valutare in un campione di 25 soggetti se la propensione dell'individuo alla preoccupazione potesse influenzare le risposte di ansia alla quarantena, mediante la somministrazione di test mirato, misurando preoccupazione, ansia e consapevolezza di tratto e considerando anche la variabile del sesso. Le caratteristiche del campione e i test utilizzati sono descritti in **Tabella 1**. Confrontando le valutazioni a T0 (effettuate nel campione prima dell'epidemia COVID -19) e T1 nell'intero gruppo non sono emersi cambiamenti significativi nei punteggi di preoccupazione, ansia e consapevolezza di tratto, anche quando è stato eseguito un confronto tra maschi e femmine. Invece, la propensione dell'individuo a preoccuparsi prima dell'epidemia si è rivelata un fattore importante per distinguere due gruppi di individui che differivano nel modo in cui le risposte di ansia cambiavano durante la quarantena. Infatti, i partecipanti con un'elevata preoccupazione di tratto al pre-blocco hanno mostrato al T1 un aumento significativo del punteggio totale ASI-3 e preoccupazioni cognitive rispetto al sottogruppo di preoccupazione di tratto basso. Pertanto, i più preoccupati erano più ansiosi ("paura della paura"; punteggio totale ASI-3) [23] e specificamente preoccupati per le correlazioni mentali dei sintomi di ansia considerati segnali di discontrollo cognitivo (ad es., "Temo che potrei impazzire"; ASI - 3 preoccupazioni cognitive). Invece, non è stato trovato alcun cambiamento medio significativo sulle correlazioni fisiche o sociali dei sintomi di ansia nel gruppo con preoccupazione alta o bassa.

Lo studio trasversale di (Landi, Pakenham, Boccolini, Grandi, & Tossani, 2020) ha esaminato il ruolo di mediazione e moderazione della flessibilità psicologica nel legame tra ansia per la salute di tratto e tre esiti nell'ambito della salute mentale: sofferenza peritraumatica COVID-19, ansia e depressione. Caratteristiche del campione e scale utilizzate sono riportate in **Tabella 1**.

Per quanto riguarda i dati descrittivi sull'ansia per la salute di tratto, il 33,8% del campione ha riportato una sintomatologia moderata, mentre l'8,1% raggiunto livelli severi associati a una maggiore probabilità di soddisfare i criteri del DSM-IV per l'ipocondria. Considerando la salute mentale, il 10,3% dei partecipanti ha riferito sofferenza peritraumatica COVID-19 correlata da lieve a moderata (1DS sopra la media), mentre il 5,2% presentava livelli gravi di sintomatologia (2 DS sopra la media). Riguardo l'ansia, l'11,5 e il 6,6% del campione riportava livelli moderati e gravi, rispettivamente. Il 14,6% dei

partecipanti ha sperimentato livelli moderati di sintomatologia depressiva, mentre l'8,8% rientrava nel range della depressione grave.

I risultati hanno indicato che una maggiore flessibilità psicologica media la diminuzione degli effetti negativi dell'ansia per la salute di tratto su angoscia correlata al COVID-19, ansia e depressione. In particolare, due processi di flessibilità psicologica, cioè osservare i pensieri inutili piuttosto che prenderli letteralmente (*defusion*) e azione basata sui valori (*committed action*), mediano la riduzione degli effetti negativi dell'ansia per la salute di tratto su tutti gli esiti di salute mentale. Al contrario, l'accettazione del processo di flessibilità psicologica, che implica l'apertura al disagio interiore, media l'aumento dei risultati negativi sulla salute mentale. Complessivamente, la combinazione di questi processi ha mitigato gli impatti dannosi dell'ansia per la salute di tratto sulla salute mentale durante il lockdown nazionale nell'emergenza COVID-19.

Il lavoro di (Pakenham, et al., 2020) è in linea con le osservazioni di Landi e con uno studio trasversale ha esaminato i ruoli della flessibilità psicologica e dell'inflessibilità nel moderare gli effetti dei fattori di rischio COVID-19 su tre esiti di salute mentale: sofferenza peri-traumatica COVID-19, ansia, depressione.

Un totale del 27,0% dei partecipanti ha riportato sofferenza peri-traumatica correlata a COVID-19 da lieve a moderata e l'1,6% una sintomatologia grave ($M=22,19$, $SD=12,04$). Per quanto riguarda i sintomi di ansia, la media era 5,51 ($DS=3,90$), con il 12,3% e il 3,0% del campione che riportava livelli moderati e gravi di ansia, rispettivamente. La media per la sintomatologia depressiva era 6,63 ($DS=4,49$), con il 15,5% che riportava livelli moderati e il 6,2% livelli gravi.

La flessibilità psicologica globale e quattro dei suoi sotto-processi, il sé come contesto, la defusione, i valori e l'azione impegnata, hanno mitigato gli impatti dannosi dei fattori di rischio di blocco COVID-19 sulla salute mentale. Al contrario la rigidità psicologica globale e quattro dei suoi processi, la mancanza di contatto con il momento presente, fusione, il sé-come-contenuto e la mancanza di contatto con i valori hanno esacerbato l'impatto dannoso dei fattori di rischio associati al lockdown sulla salute mentale.

(Favieri, Forte, Tambelli, & Casagrande, 2020) hanno condotto uno studio trasversale raccogliendo informazioni sui dati socio-demografici, la storia di contatti diretti o indiretti con COVID-19 e altre informazioni relative all'emergenza COVID-19. La condizione psicologica degli intervistati è stata valutata mediante la General Psychological Well-

Being Index e la versione modificata della PTSD Checklist for DSM-5 focalizzata sull'esperienza COVID-19. Dei 1639 intervistati equamente distribuiti sul territorio italiano, il 5,1% ha riportato sintomatologia PTSD e il 48,2% ha evidenziato un minor benessere psicologico legato alla diffusione di COVID-19. Il benessere psicologico era significativamente più basso nelle donne, di età inferiore ai 50 anni e con fattori di rischio per la salute. Minor benessere psicologico è stato rilevato anche in soggetti che non sapevano se fossero stati infettati, che hanno avuto esposizione diretta o erano incerti sulla loro esposizione a COVID-19 o su chi conosceva le persone colpite. Per quanto riguarda le conseguenze sociali e comportamentali, gli intervistati hanno percepito un peggioramento a livello economico, sociale, relazionale e hanno riportato un aumento della visione di film, del tempo dedicato alla cucina, dell'uso dei social media e una diminuzione dell'esercizio fisico.

Tabella 1 Riepilogo delle caratteristiche del campione di studio, del disegno dello studio e degli strumenti di valutazione utilizzati.

Autore	Disegno di Studio	Caratteristiche del campione	Periodo	Misure*
(Casagrande, Favieri, Tambelli, & Forte, 2020)	Cross sectional study	N=2291; Età media 30,0 anni (DS 11,5); M=580 (25,3%)	18 marzo-6 aprile	GAD-7; PGWB; PSQI; COVID-19-PTSD
(Gualano, Lo Moro, Voglino, Bert, & Siliquini, 2020)	Cross sectional study	N=1515; Età media 42 anni; F=65,6%	19 aprile-3 maggio	PHQ-2; GAD-2; ISI
(Rossi, et al., 2020)	Cross sectional study	N=18147; Età media 38 anni; F=14447 (79,6%)	17 marzo-6 aprile	GPS-PTSS; PHQ-9; GAD-7; ISI; PSS; IADQ
(Somma A. , et al., 2020)	Cross sectional study	N=1043; Età media=32,84 (DS12,66); M=193 (18,5%)	16-21 marzo	SDQ-EPS; PID-5-SF; COVID-19 CBQ
(Mazza, et al., 2020)	Cross sectional study	N=2766; Età media=32,94 (SD 13,2); F=1982 (71,7%)	18-22 marzo	DASS; PID-5.SF
(Marelli, et al., 2020)	Cross sectional study	N=400; Età media stud=22,84 ±2,68 Età media lav=37,02±12,46; F=75,8%	24 marzo-3 maggio	PSQI; ISI; MEQ; BAI; BDI-II
(Cellini, Canale, Mioni, & Costa, 2020)	Cross sectional study	N=1310; Età media =23,91±3,60; F=880	24-28 marzo	PSQI; DASS-21
(Amerio, et al., 2020)	Cross sectional study	N=8177; Età media =24,02±7,46; M: F=1:1,003	1 aprile-1 maggio	PHQ-9; GAD-7; ISI; BIS-11; SF-12
(Pagnini, et al., 2020)	Cross sectional study	N=2886; Età media [DS], 30,7 [13,2] anni; F=2203 [76,3%]	26 febbraio- 4 marzo	SF-12; Big Five Inventory-10; HLC; Revised Life Orientation Test; Need for Closure Scale
(Pakenham, et al., 2020)	Cross sectional study	N=1035; Età media 37.5 anni, DS 12.3 F=79%	Periodo di blocco	CPDI; GAD-7; PHQ-9
(Landi, Pakenham, Boccolini, Grandi, & Tossani, 2020)	Cross sectional study	N=944; Età media 38.86 anni, DS 13.20 F=75.5%	Periodo di blocco	SHAI; MPFI; CPDI; GAD -7; PHQ -9
(Di Crosta, et al., 2020)	Cross sectional study	N=1253; Età media=39,48 DS 11,94 F=808	1-20 aprile	Big Five Inventory-10; IES-R
(Fiorillo, et al., 2020)	Cross sectional study	N=20720; Età media=40,4 ±14,3 F=14720 (71%)	marzo-maggio	DASS; GHQ-12; OCI-R; ISI; SIDAS; SASS; MBI; UCLA; IES; Brief-COPE; PTGI; CD-RISC; MSPPS;

(Forte, Favieri, Tambelli, & Casagrande, The Enemy Which Sealed the World: Effects of COVID-19 Diffusion on the Psychological State of the Italian Population, 2020)	Cross sectional study	N=2291; Età media=30,0 DS 11,5 F=1708 (74,6%)	18-31 marzo	SCL-90; STAI-Y; IES-R
(Simione & Gnagnarella, 2020)	Cross sectional study	N=353; Età media=38,26 DS 12,24 F=265	10-12 marzo	PSS; STAI; ECQ
(Favieri, Forte, Tambelli, & Casagrande, 2020)	Cross sectional study	N=300; Età media=26,22 ±1,27; F=150	18-25 marzo	PGWB; COVID-19 PTSD
(Di Giuseppe, et al., 2020)	Cross sectional study	N=5683; F=4256	13-18 marzo	SCL-90; IES-R; DMRS-SR-30
(Moccia, et al., 2020)	Cross sectional study	N=500; F=298 (59%)	10-13 aprile	K-10; TEMPS-A; ASQ
(Conversano, et al., 2020)	Cross sectional study	N=6412; Età media=40; F=4808 (75%)	13 marzo- 6 aprile	SCL-90; MASS
(Casali, Feraco, Ghisi, & Meneghetti, 2020)	Cross sectional study	N=944; F=703	7-28 aprile	VIA-IS 120; DASS-21; GHQ-12; SEC
(Baiano, et al., 2020)	Longitudinal study	N=25; Età media a T0 = 23,84 ± 2,5; F=10	T0: 4 nov 2019-17 feb 2020; T1: 26-30 aprile	PSWQ; ASI-3; MAAS
(Salfi, et al., 2020)	Longitudinal study	N=7107; Età media ± DS 32,38 ± 11,38; intervallo, 18-84; M=1616	T0 terza sett. di blocco (25-31 marzo); T1 settima sett. (21-27 aprile)	PSQI; ISI; BDI-II; PSS-10; STAI-X1

**Legenda:*

ASI-3: Anxiety Sensitivity Index-3 (Taylor, 1995)

ASQ: Attachment Style Questionnaire (Fossati, et al., 2003)

BAI: Beck Anxiety Inventory (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988)

BDI-II: Beck Depression Inventory-II (Beck, Steer, & Brown, APA PsycNet, 1996) (Ghisi, Flebus, Montano, Sanavio, & Sica, 2006)

Big Five Inventory-10 (Rammstedt & John, 2007) (Guido, Peluso, Capestro, & Miglietta, 2015)

BIS-11: Barratt Impulsiveness Scale-11 (Patton, Stranford, & Barratt, 1995)

CD-RISC: Connor-Davidson resilience scale (Connor & Davidson, 2003)

COVID-19 CBS: COVID-19 Causal Bielef Questionnaire (Somma A., Gialdi, Frau, Barranca, & Fossati, 2020)

COVID-19-PTSD: Post-Traumatic Stress Disorder related to COVID-19 (Forte, Favieri, Tambelli, & Casagrande, COVID-19 Pandemic in the Italian Population: Validation of a Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire and Prevalence of PTSD Symptomatology, 2020)

CPDI: COVID-19 Peritraumatic Distress Index (Qiu, et al., 2020)

DASS-21: Depression, Anxiety, Stress Scale (Lovibond & Lovibond, 1996) (Bottesi, et al., 2015)

DMRS-SR-30: Defense Mechanisms Rating Scales-Self-Report-30 (Di Giuseppe, et al., 2020)

ECQ: Existential Concerns Questionnaire (van Bruggen, et al., 2017)

GAD-2: Generalized Anxiety Disorder-2 items (Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan, & Löwe, Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection., 2007)

GAD-7: Generalized Anxiety Disorder-7 items (Spitzer R., Kroenke, Williams, & Löwe, 2006)

GHQ-12: General Health Questionnaire-12 (Goldberg, et al., 1997)

GPS-PTSS: Global Psychotrauma Screen, post-traumatic stress symptoms subscale (Oiff, et al., 2020)

HLC: Health Locus of Control scale (Wallston, Wallston, Kaplan, & Maides, 1976)

IADQ: International Adjustment Disorder Questionnaire (Shevlin, et al., 2020)

IES: Impact of Event Scale (Thoresen, et al., 2010)

IES-R: Impact of Event Scale Revised (Christianson & Marren, 2012) (Pietrantonio, De Gennaro, Di Paolo, & Solano, 2003)

ISI: Insomnia Severity Index (Bastien, Vallières, & Morin, 2001) (Morin, Belleville, Bélanger, & Ivers, 2011) (Castronovo, et al., 2016)

K10: Kessler 10 Psychological Distress Scale (Kessler, et al., 2002)

M&C: Marlowe & Crowne social desirability scale a 9 items (Manganelli Rattazzi, Canova, & Marcorin, 2000)

MAAS: Mindfulness Attention Awareness Scale (Brown & Ryan, 2003)

MBI: Maslach Burnout Inventory (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996)

MEQ: (Horne & Ostberg, 1976) (Natale, Esposito, Martoni, & Fabbrì, 2006)

MPFI: Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (Rolffs, Rogge, & Wilson, 2018)

MSPPS: Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988)

Need for Closure Scale (Roets & Van Hiel, 2011)

OCI-R: Obsessive Compulsive Inventory-Revised version (Foa, et al., 2002)

PGWB: Psychological General Well-Being index (Chassany, Dimenäs, Dubois, Wu, & Dupuy, 2004)

PHQ-2: Patient Health Questionnaire-2 (Kroenke, Spitzer, & Williams, The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener, 2003)

PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9 (Spitzer, Kroenke, & Williams, Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire, 1999)

PID-5-BF The Personality Inventory for DSM-5-Brief Form (Krueger, Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2013) (Maples, et al., 2015) (Somma, Krueger, Markon, Borroni, & Fossati, 2019)

PSQI: Pittsburg Sleep Quality Index (Curcio, et al., 2013)

PSS: Perceived Stress Scale (Cohen & Hoberman, Positive Events and Social Supports as Buffers of Life Change Stress, 1983) (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, A Global Measure of Perceived Stress, 1983) (Mondo, Sechi, & Cabras, 2019)

PSWQ: Penn State Worry Questionnaire (Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990)

PTGI: Short form of Post-Traumatic Growth Inventory (Cann, et al., 2010)

Revised Life Orientation Test (Scheier, Carver, & Bridges, 1994)

SASS: Severity of Acute Stress Symptoms Adult scale (LeBeau, et al., 2014)

SCL-90: Symptom Checklist-90 (Derogatis, Lipman, & Covi, 1973) (Derogatis & Cleary, 1977)

SDQ EPS: Strengths and Difficulties Questionnaire Emotional Problems scale (Goodman, Meltzer, & Bailey, 1998)

SEC: Self-efficacy measure for Covid-19 (Bandura, 2006)

SF-12: Short-Form Health Survey a 12-Item (Ware, Kosinski, & Keller, 1996)

SHAI: Short Health Anxiety Inventory (Salkovskis, RimesK.A., Warwick, & Clark, 2002)

SIDAS: Suicidal Ideation Attributes Scale (van Spijker, et al., 2014)

STAI: State Trait Anxiety Inventory (Marteau & Bekker, 1992) (Kvaal, Ulstein, Nordhus, & Engedal, 2005)

STAI-X1: State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970)

TEMPS-A: the temperament evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego (Preti, et al., 2010)

The Brief-COPE 28 items (Carver, 1997)

UCLA loneliness scale short version (Hays & DiMatteo, 1987)

VIA-IS-120: Values in Action Inventory of Strengths-120 (Littman-Ovadia, 2015)

Discussione

La pandemia COVID-19 rappresenta una sfida per la società perché mette alla prova la sua capacità di far fronte a una minaccia multiforme. Sono state intraprese azioni politiche nel campo della gestione della salute, della sicurezza pubblica, dell'economia finanziaria, della protezione della produzione dei beni. Sebbene sia molto importante, la salute psicologica è probabilmente l'aspetto più trascurato della pandemia Covid-19: non è un argomento immediatamente visibile. Del quadro globale di questo disastro, ma è ben noto l'impatto psicologico negativo della pandemia e delle misure adottate in risposta. (Brooks, et al., 2020)

La presente revisione della letteratura ha come obiettivo quello di esplorare lo stato di salute mentale nella popolazione generale italiana ed i fattori predittivi nel contesto dell'epidemia COVID-19. I dati emersi dagli studi esaminati sono piuttosto in linea con la letteratura internazionale. (Xiong, et al., 2020)

I risultati presentati dagli studi riportati nella revisione (**Tabella 1**) hanno mostrato che la pandemia ha già avuto un grande impatto psicologico sulla popolazione italiana. Questi studi forniscono dati rilevanti sul disagio psicologico e indicazioni su quali possano essere le caratteristiche personalologiche maggiormente favorevoli a risposte malattive, così da poter identificare precocemente i soggetti a maggior rischio che devono essere oggetto di monitoraggio più attento e mirato.

In generale c'è una maggiore prevalenza di sintomi di esiti psichiatrici avversi nella popolazione rispetto alla prevalenza prima della pandemia.

La presenza di variazioni nei tassi di prevalenza tra gli studi potrebbe essere il risultato dell'utilizzo di diverse scale di misurazione, di modelli di segnalazione differenti e del diverso lasso di tempo in cui sono state raccolte le informazioni.

I dati raccolti finora sono limitati allo scoppio della pandemia ed al primo periodo di quarantena avvenuto tra marzo e maggio 2020 ma potranno sicuramente essere ampliati e con ulteriori dati raccolti nella seconda ondata.

I sintomi di esiti psicologici avversi sono stati osservati più comunemente all'inizio dell'epidemia quando gli individui sono stati messi alla prova dalla quarantena obbligatoria, dalla disoccupazione inaspettata e dall'incertezza associata all'epidemia.

Molti autori sono concordi nel sottolineare la presenza di sintomi ansiosi da moderati a gravi con prevalenza dal 16 al 50%. (Cellini, Canale, Mioni, & Costa, 2020) (Di Giuseppe, et al., 2020) (Landi, Pakenham, Boccolini, Grandi, & Tossani, 2020)

Anche i sintomi depressivi sono riportati da diversi autori con una prevalenza dal 15 al 46%, (Amerio, et al., 2020) (Casali, Feraco, Ghisi, & Meneghetti, 2020) (Marelli, et al., 2020) (Mazza, et al., 2020) i disturbi del sonno vengono evidenziati tra il 7 e 57% (Casagrande, Favieri, Tambelli, & Forte, 2020) (Gualano, Lo Moro, Voglino, Bert, & Siliquini, 2020) (Rossi, et al., 2020), mentre lo stress generalizzato ed il disagio psichico variano dal 36 al 70% (Fiorillo, et al., 2020) (Favieri, Forte, Tambelli, & Casagrande, 2020) (Moccia, et al., 2020). Vengono indagati, anche, i sintomi post traumatici da stress, questi sono risultati avere un'elevata prevalenza nei campioni degli studi con tassi che arrivano al 37%. (Di Crosta, et al., 2020) (Forte, Favieri, Tambelli, & Casagrande, The Enemy Which Sealed the World: Effects of COVID-19 Diffusion on the Psychological

State of the Italian Population, 2020) (Pakenham, et al., 2020) Infine, alcuni autori evidenziano anche sintomi ossessivo-compulsivi e ideazione suicidaria, quest'ultima riportata con una prevalenza del 14% in uno studio esaminato (Fiorillo, et al., 2020). D'accordo con i commenti di altri autori (Aquila, et al., 2020), la pandemia ha generato numerosi fattori predisponenti per il suicidio e potrebbe essere quindi considerata l'evento scatenante nei soggetti a rischio come pazienti psichiatrici o pazienti scompensati, ma anche in persone sotto stress come il personale sanitario e persone con malattie psichiatriche non diagnosticate o con sintomi lievi.

Per quanto riguarda la variazione nel tempo delle condizioni della salute mentale durante la pandemia, solo pochi studi esaminano questo aspetto. Nello studio di (Fiorillo, et al., 2020) viene riportata la presenza di livelli da moderati a severi di sintomi depressivi, ansiosi e di stress che poi sono aumentati nel tempo diventando più gravi nelle ultime settimane di blocco momento in cui sono emersi anche disturbi della qualità del sonno e di ideazione suicidaria.

Gli studi longitudinali effettuati sulla popolazione generale italiana sono pochi (Baiano, et al., 2020) (Salfi, et al., 2020) e con follow up a breve termine. Lo studio di (Salfi, et al., 2020) mette in evidenza il fatto che il sesso femminile si sia mostrato più resistente nel lungo termine rispetto agli uomini mostrando una leggera tendenza al miglioramento dei sintomi al contrario dell'altro sesso che ha mostrato un'esercitazione e un deterioramento con il progredire della quarantena.

Nell'esame degli studi oltre alla sintomatologia di disagio psichico espresso a vari livelli, si identificavano alcuni elementi comuni. Questi sono stati riconosciuti come fattori predittivi o predisponenti ad un maggior rischio di sviluppare patologie della salute mentale.

Tutti gli studi concordano che il genere femminile è uno di questi: le donne tendono a sviluppare i sintomi di varie forme di disturbi mentali durante la pandemia tra cui insonnia (Casagrande, Favieri, Tambelli, & Forte, 2020) (Marelli, et al., 2020) (Salfi, et al., 2020), ansia, PTSD e stress (Forte, Favieri, Tambelli, & Casagrande, The Enemy Which Sealed the World: Effects of COVID-19 Diffusion on the Psychological State of the Italian Population, 2020) (Mazza, et al., 2020) (Rossi, et al., 2020). Inoltre, le partecipanti di sesso femminile sono a maggior rischio di sviluppare sintomi ansioso-depressivi (Somma

A. , et al., 2020) come mostrato in precedenti epidemie (Fiorillo, et al., 2020). Questo risultato può essere dovuto alla maggiore incidenza nelle donne di disturbi dello spettro ansioso-depressivo e di temperamenti ansiosi, ciclotimici e depressivi (Moccia, et al., 2020). Va notato che questa non è una particolarità di questo periodo straordinario. Ricerche precedenti hanno mostrato che il punteggio delle donne è più alto sulla PSQI in un'ampia gamma di paesi e culture e la popolazione femminile ha tipicamente la più alta prevalenza di sintomi di insonnia, di depressione e ansia. Inoltre, le donne sono caratterizzate da una maggiore percezione dello stress e hanno una maggiore probabilità di sviluppare sintomi di disturbo da stress post-traumatico (Salfi, et al., 2020).

Diversi studi concordano che la giovane età è un altro fattore di rischio per lo sviluppo di patologie di salute mentale in questo momento di pandemia (Pagnini, et al., 2020) (Marelli, et al., 2020) (Rossi, et al., 2020). (Conversano, et al., 2020)

Uno studio evidenzia soprattutto cambiamenti nella qualità del sonno con ritardo dell'ora di andare a dormire e di risveglio negli studenti a confronto con una popolazione di adulti lavoratori (Cellini, Canale, Mioni, & Costa, 2020).

L'invecchiamento aumenta il rischio di infezione e mortalità da COVID-19, tuttavia, i risultati degli studi esistenti mostrano che durante la pandemia, i livelli di ansia, depressione e stress sono significativamente più alti nella fascia di età <40 anni. La ragione principale di ciò sembra essere che questa fascia di età è preoccupata per le conseguenze future e le sfide economiche causate dalla pandemia, poiché sono forze lavorative attive chiave in una società e sono, quindi, per lo più colpite da licenziamenti e chiusure di attività.

Diversi studi fanno infatti riferimento anche all'attuale condizione di disoccupazione (Casagrande, Favieri, Tambelli, & Forte, 2020) (Fiorillo, et al., 2020) (Rossi, et al., 2020) come ulteriore fattore predisponente, altri alle difficoltà incontrate nel doversi recare a lavoro (Mazza, et al., 2020) o nel lavorare da casa (Amerio, et al., 2020); una situazione lavorativa stabile invece era considerato un fattore protettivo (Gualano, Lo Moro, Voglino , Bert, & Siliquini, 2020).

Come confermato anche da due studi presi in esame (Gualano, Lo Moro, Voglino , Bert, & Siliquini, 2020) (Fiorillo, et al., 2020) alcuni ricercatori hanno sostenuto che una

maggior ansia tra i giovani potrebbe anche essere dovuta al loro maggior accesso alle informazioni attraverso i social media, che può anche causare stress (Salari, et al., 2020) soprattutto vicino all'ora di coricarsi (Cellini, Canale, Mioni, & Costa, 2020). Questo fattore predisponente viene preso in considerazione anche dall'OMS che conia in proposito un nuovo termine "Infodemia " per indicare il sovraccarico di informazioni spesso contraddittorie da parte delle autorità nazionali, regionali e locali; scienziati con background diversi e mass media, che presumibilmente porta molte persone a temere il peggio; in proposito vengono anche scritte delle raccomandazioni per cercare di tenersi informati ed aggiornati, seguendo canali di notizie affidabili, ma limitando l'esposizione alle informazioni a momenti specifici della giornata, una o due volte al giorno (World Health Organization, 2020).

Alcuni studi hanno anche suggerito che la scarsa disponibilità economica e il basso livello di istruzione sono fattori di rischio significativi per lo sviluppo di sintomi di disturbi mentali (Somma A. , et al., 2020), in particolare sintomi depressivi (Mazza, et al., 2020), altri evidenziano come le donne con un livello di istruzione inferiore, non occupate, con livelli più elevati di nevroticismo sono più a rischio di sviluppare la sintomatologia PTSD correlata al trauma di emergenza (Di Crosta, et al., 2020).

La bassa scolarità quindi viene indicata come fattore predisponente, ma anche avere un titolo post-laurea in una professione di assistenza sanitaria sembra avere una sua influenza (Casagrande, Favieri, Tambelli, & Forte, 2020). Riguardo al COVID-19, infatti, le conoscenze mediche e sul virus potrebbero aumentare la percezione del rischio (Simione & Gnagnarella, 2020). Mentre in altri campi come le radiazioni nucleari di solito la conoscenza è associata a una minore percezione del rischio perché induce una maggior capacità di evitare comportamenti o situazioni pericolose, in caso di COVID-19, conoscere i rischi per la salute legati alla malattia ma sentirsi impotenti contro il suo contenimento potrebbe esacerbare la percezione del pericolo. Inoltre, negli operatori sanitari le condizioni di stress sono aumentate notevolmente anche a causa dell'esposizione al rischio di infezione, alla carenza di adeguati dispositivi di protezione individuale, ai turni di lavoro incalzanti, alla fatica fisica, alla riduzione delle risorse umane e in alcuni casi precarietà organizzativa. L'OMS a riguardo ha fornito indicazioni di massima agli stati poi rielaborate in Italia dall'ISS in diversi rapporti, tra cui il n°22

specifico gli operatori sanitari. (Istituto Superiore di Sanità, 2020) (Istituto Superiore di Sanità, 2020)

Interventi per ridurre lo stress attraverso il supporto psicologico agli operatori sanitari potrebbero ridurre il livello di rischio percepito a un livello accettabile, al quale potrebbero evitare sia comportamenti rischiosi che preoccupazioni travolgenti e stressanti (Simione & Gnagnarella, 2020).

Tra i diversi sottogruppi identificati nella nota informativa IASC (IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Setting, WHO, 2020) e da alcuni studi (de Girolamo, et al., 2020) venivano definiti a rischio anche i pazienti in trattamento per disturbi mentali per la scarsa consapevolezza del rischio e delle modalità di trasmissione dell'infezione oltre alla scarsa aderenza le misure precauzionali (Percudani, Corradin, Moreno, Indelicato, & Vita, 2020) ed i pazienti con patologie croniche. Anche gli studi presi in esame in questa revisione concordano con l'identificazione di questi sottogruppi infatti si legge che le persone con malattie croniche e una storia di malattie mediche / psichiatriche hanno mostrato più sintomi di ansia e stress (Mazza, et al., 2020) e maggiori disturbi del sonno (Gualano, Lo Moro, Voglino, Bert, & Siliquini, 2020). E ancora, essere affetti da un problema di salute mentale preesistente rappresenta un fattore di rischio significativo e indipendente per lo sviluppo di sintomi depressivi, ansia e stress, come già segnalato dalla letteratura straniera (Fiorillo, et al., 2020). Si evidenzia la maggiore difficoltà da parte di questi pazienti a sottostare alle misure di restrizione indicate. Essere messi in quarantena comporta perdita di routine, di contatti personali che rendono la vita significativa e forniscono supporto psicologico e comporta costi sostanziali le persone con malattie mentali (Stefana, Youngstrom, Hopwood, & Dakanalis, 2020). Questi risultati suggeriscono la necessità di fornire al più presto possibile interventi di supporto adeguati e su misura ai pazienti con malattie mentali, che rappresentano individui fragili e a rischio che sono stati trascurati durante le fasi iniziali della pandemia.

Altra categoria considerata di maggiore vulnerabilità sono i pazienti positivi ricoverati (Casagrande, Favieri, Tambelli, & Forte, 2020) (Di Giuseppe, et al., 2020) (Forte, Favieri, Tambelli, & Casagrande, The Enemy Which Sealed the World: Effects of COVID-19 Diffusion on the Psychological State of the Italian Population, 2020) (Rossi, et al., 2020),

che in uno studio, scartato per questa revisione per la specificità del campione, presentavano un punteggio patologico per almeno un disturbo psichiatrico tra PTSD, depressione maggiore e ansia: (Mazza, et al., 2020). Essere conoscenti di persone infette o decedute (Di Giuseppe, et al., 2020) (Mazza, et al., 2020) (Rossi, et al., 2020) è un ulteriore fattore predisponente infatti i familiari delle persone decedute a causa della pandemia hanno una prevalenza maggiore di lutto complicato stimato tra 10 e 20%. (Gesì, et al., 2020) La possibilità di ridurre l'impatto psicologico è limitata; un'opzione concreta è quella di salvaguardare la connessione tra parenti e pazienti, migliorare la comunicazione del personale medico e consentire l'accesso anche in terapia intensiva quando la condizione peggiora infine, coinvolgere i familiari nelle decisioni di limitazione del trattamento.

Infine, vivere nelle vicinanze delle zone più colpite (Conversano, et al., 2020) (Pagnini, et al., 2020), e soprattutto vivere in un'abitazione poco confortevole sono fattori associati ad un aumentato rischio di sintomi depressivi. In particolare, la scarsa visibilità e scarsa qualità degli interni sono associate ad un aumento significativo del rischio di sintomi depressivi moderati-gravi e gravi (Amerio, et al., 2020).

Alcuni degli studi esaminati nella presente revisione hanno focalizzato l'attenzione su tratti personologici che possono predisporre gli individui a risposte maladattive nel contesto della pandemia COVID-19.

Ad esempio, soggetti con il tratto di personalità del nevroticismo, (ansia, rabbia ostilità, depressione, autocoscienza, impulsività, vulnerabilità), indagata con BF-10, sono più a rischio di sviluppare la sintomatologia PTSD correlata al trauma relativo all'emergenza COVID-19. (di crosta) La preoccupazione di tratto, ossia la propensione dell'individuo a preoccuparsi, si è rivelata un fattore importante nell'orientare le risposte di ansia che cambiavano durante la quarantena (Baiano, et al., 2020).

Bassi livelli di stabilità emotiva erano associati con la percezione del rischio ed erano correlati a maggiore reattività emotiva in situazioni di stress. I soggetti con punteggi alti nel bisogno di chiusura cognitiva, con minore capacità di tollerare le ambiguità erano caratterizzati da sensibilità alle reazioni emotive altrui e a comportamenti precauzionali. (Pagnini, et al., 2020). Ancora, alti livelli di attaccamento negativo e distacco sono associati con elevati livelli di ansia (Mazza, et al., 2020), il temperamento ansioso è stato

identificato come un fattore di rischio per lo stress psicologico medio, il genere maschile è invece un fattore protettivo. I temperamenti ciclotimico, depresso e ansioso e il sottolivello dell'ASQ "bisogno di approvazione" sono fattori di rischio per stress psicologici da moderati a severi. Gli individui ciclotimici/depressi possono essere più propensi a percepire l'epidemia di COVID-19 e le relative misure di contenimento come dolorose e a sperimentare un aumento degli effetti negativi in risposta all'isolamento sociale (Moccia, et al., 2020).

Alcune qualità però possono avere un effetto positivo: una maggiore flessibilità psicologica interviene nella diminuzione degli effetti negativi dell'ansia di tratto per la salute sull'angoscia correlata al COVID-19, ansia e depressione. In particolare, due processi di flessibilità psicologica, cioè osservare i pensieri inutili piuttosto che prenderli letteralmente (*defusion*) e azione basata sui valori (*committed action*), mediano la riduzione degli effetti negativi dell'ansia per la salute di tratto su tutti gli esiti di salute mentale. Al contrario, l'accettazione del processo di flessibilità psicologica, che implica l'apertura al disagio interiore, media l'aumento dei risultati negativi sulla salute mentale. Complessivamente, la combinazione di questi processi mitiga gli effetti negativi dei fattori di rischio contestuali COVID-19 sugli esiti di salute mentale (Landi, Pakenham, Boccolini, Grandi, & Tossani, 2020) (Pakenham, et al., 2020).

Un altro carattere personologico studiato è la trascendenza (Casali, Feraco, Ghisi, & Meneghetti, 2020): le persone ben dotate di punti di forza della trascendenza (ad esempio, speranza, entusiasmo, gratitudine) hanno ottenuto un punteggio più alto per la salute mentale generale, più basso per il disagio psicologico (meno sintomi di depressione, ansia e stress), e più alto per l'auto-efficacia nel far fronte alla situazione di blocco.

In un altro studio (Conversano, et al., 2020) evidenzia che una maggiore predisposizione alla consapevolezza può rappresentare, un fattore protettivo contro ansia, umore disforico, mancanza di motivazione, perdita di energia vitale, sentimenti di disperazione e altri correlati cognitivi e somatici della depressione, come già mostrato in studi precedenti (Teasdale, et al., 2000) (Evans, et al., 2008). L'allenamento mentale basato sulla consapevolezza potrebbe rappresentare un intervento efficace per arginare gli inizi psicopatologici post-traumatici e prevenire l'insorgenza di disturbi mentali cronici. Infine, un altro (Di Giuseppe, et al., 2020) considera le strategie difensive in particolare *l'overall*

defensive functioning (ODF), ipotizzando che le capacità implicite di regolazione delle emozioni (ad esempio, i meccanismi di difesa) sarebbero state associate al rischio di PTSD. Questa è stata pienamente confermata, infatti livelli più elevati di funzionamento difensivo (ODF) sono stati associati a livelli più bassi di disagio psicologico complessivo, sintomi particolarmente depressivi e di ansia, e PTSD.

Questa revisione della letteratura ha permesso di evidenziare che sono ancora pochi gli studi longitudinali, sebbene sia importante vedere nel follow up l'evoluzione del campione dal punto di vista clinico.

Alcuni gruppi di ricerca hanno elaborato test in corso di validazione, (Forte, Favieri, Tambelli, & Casagrande, COVID-19 Pandemic in the Italian Population: Validation of a Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire and Prevalence of PTSD Symptomatology, 2020) (Schimmenti, Starcevic, Giardina, Khazaal, & Billieux, 2020), alcuni protocolli di trial (Giallonardo, et al., 2020) (Lotzin, et al., 2020) ancora non sono passati alla fase operativa mentre altri protocolli di trial con monitoraggio longitudinale sono ancora fermi a t0 (Fiorillo, et al., 2020).

Altri gruppi di ricerca hanno invece delineato protocolli di intervento psicologico/psichiatrico a step (Orrù, Ciacchini, Gemignani, & Conversano, 2020) che sono poi stati presi in considerazione dall'ISS per stilare delle linee guida nel rapporto 23 (Istituto Superiore di Sanità, 2020).

I risultati presentati dagli studi esaminati hanno mostrato che la pandemia COVID-19 ha già avuto un grande impatto psicologico sulla popolazione italiana, forniscono dati rilevanti sul disagio psicologico post-traumatico del COVID-19 in Italia, suggerendo la necessità di un maggiore supporto psicologico in generale già nelle fasi iniziali e soprattutto per i gruppi ad alto rischio.

Al fine di sviluppare strategie preventive e / o terapeutiche innovative su misura, dovrebbero essere identificati ancor più nel dettaglio i predittori socio-demografici e clinici specifici (Fiorillo, et al., 2020), per identificare fattori di rischio specifici nel determinare risposte psicologiche maladattive.

Le istituzioni governative sono chiamate a realizzare rapidamente investimenti economici ed in risorse umane formate. Più professionisti (ad es. Psicologi, psichiatri, infermieri)

dovrebbero essere assunti negli ospedali e nelle cliniche per far fronte a questa emergenza a breve e lungo termine (Mucci, Mucci, & Diolaiuti, 2020). In questo contesto, le istituzioni governative sono chiamate a fare uno sforzo per fornire supporto finanziario immediato e a lungo termine al fine di combattere la guerra contro COVID-19 e cercare di limitare il più possibile il carico fisico, mentale ed economico.

Sono stati sviluppati progetti di intervento psicologico a supporto della popolazione a cominciare dall'applicazione 7 minute workout della Johnson&Johnson che fornisce insieme ad esercizi fisici indicazioni per tecniche di rilassamento (Fusar-Poli, Brambilla, & Solmi, 2020), il policlinico Gemelli ha avviato due iniziative online (“non sei solo” e “resilienza covid-19”) per fornire supporto psicologico, i dipartimenti di salute mentale in collaborazione con le associazioni hanno istituito seguendo le indicazioni dei rapporti 30 e 31 dell'ISS numeri telefonici di ascolto (Cao di San Marco, Menichetti, & Vegni, 2020) (Istituto Superiore di Sanità, 2020) , degno di nota infine l'ospedale resiliente di Tor Vergata in cui l'*emotional defusing* è stato molto apprezzato perché ha permesso una migliore gestione dell'angoscia individuale e di gruppo e perché in un momento di isolamento e solitudine condividendo emozioni paure esperienze ha permesso di aumentare la resilienza degli operatori (Siracusano, Di Lorenzo, Longo, Alcini, & Niolu, 2020)

Conclusioni

Da marzo 2020 la malattia respiratoria causata dal coronavirus sars-coV-2 è stata dichiarata “pandemia” dall'OMS. Nel tentativo di arginare la diffusione del virus, i governi di tutto il mondo hanno ordinato misure di isolamento più o meno restrittive. Se il blocco e l'isolamento sociale si sono dimostrati piuttosto efficaci in termini di contenimento fisico, la salute mentale appare attualmente minata. Sintomi attribuibili al disagio psichico possono manifestarsi in individui senza una storia personale positiva, così come pazienti con disturbi mentali preesistenti possono sperimentare un peggioramento del loro quadro clinico. Inoltre, durante il lockdown, l'attività dei centri di salute mentale viene temporaneamente sospesa o fortemente ridotta. (Pelizza & Pupo, 2020) Pertanto, i pazienti con problemi mentali non possono più partecipare alle attività quotidiane dedicate. Questo improvviso cambiamento nella routine non solo può causare

o peggiorare le condizioni dei pazienti, ma allo stesso tempo potrebbe diventare problematico per i parenti e / o i caregiver, che non sono abituati a gestire questo tipo di situazione.

Probabilmente, nel prossimo futuro, i professionisti della salute mentale saranno chiamati ad affrontare una "pandemia parallela" di disturbi da stress acuto, disturbo da stress post-traumatico, disturbi emotivi, disturbi del sonno, sindromi depressive, suicidi. Infine, le persone dovranno far fronte a tutte le conseguenze negative che deriveranno dalla profonda recessione economica che molti paesi stanno per affrontare (Marazziti & Stahl, 2020). Anche le ripercussioni sul livello di benessere e socio-economico saranno significative e, a loro volta, potrebbero influenzare negativamente l'equilibrio mentale ed emotivo tra tutti gli individui.

Nel loro insieme, le conseguenze per la salute mentale saranno importanti, quindi il sistema sanitario nazionale e i politici dovrebbero implementare i servizi di salute mentale nel prossimo futuro. In questo contesto, le istituzioni governative sono chiamate a fare uno sforzo per fornire supporto finanziario immediato e a lungo termine al fine di combattere la guerra contro COVID-19 e cercare di limitare il più possibile il carico fisico, mentale ed economico. Un maggior numero di psichiatri, psicologi, tecnici della riabilitazione psichiatrica, infermieri e altri professionisti formati dovrebbero essere prontamente assunti negli ospedali e nei centri sanitari per far fronte a questa emergenza nel medio-lungo termine, insieme a strategie di intervento e modelli di cura dedicati, appropriati e personalizzati. (Mucci, Mucci, & Diolaiuti, 2020)

Bibliografia e Sitografia

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

Amerio, A., Brambilla, A., Morganti, A., Aguglia, A., Bianchi, D., Santi, F., . . .

Capolongo, S. (2020). COVID-19 Lockdown: Housing Built Environment's Effects on Mental Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5973. doi:10.3390/ijerph17165973

- Aquila, I., Sacco, M., Ricci, C., Gratteri, S., Montebianco Abenavoli, L., Oliva, A., & Ricci, P. (2020). The role of the COVID-19 pandemic as a risk factor for suicide: What is its impact on the public mental health state today? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S120-S122. doi:10.1037/tra0000616
- Baiano, C., Zappullo, I., Di Mauro, G., Petra, M., Piacenti, M., Rauso, B., & Conson, M. (2020). Tendency to Worry and Fear of Mental Health during Italy's COVID-19 Lockdown. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5928. doi:10.3390/ijerph17165928
- Bandura, A. (2006). Self-efficacy beliefs of adolescents. In & T. F. Pajares, *Guide for constructing self-efficacy scales*. (p. 307-337). Greenwich: Information Age Publishing.
- Bastien, C., Vallières, A., & Morin, C. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine*, 2(4), 297-307. doi:10.1016/S1389-9457(00)00065-4
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. doi:10.1037/0022-006X.56.6.893
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). Tratto da APA PsycNet: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t00742-000>
- Biondi, M., & Iannitelli, A. (2020). CoViD-19 and stress in the pandemic: “sanity is not statistical”. *Rivista di Psichiatria*, 55(3), 131-136. doi:10.1708/3382.33567
- Blevins, C., Weathers, F., Davis, M., Witte, T., & Domino, J. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *J Trauma Stress*, 28(6), 489-498. doi:10.1002/jts.22059
- Bottesi, G., Ghisi, M., Altoè, G., Conforti, E., Melli, G., & Sica, C. (2015). The Italian version of the Depression Anxiety Stress Scales-21: Factor structure and

- psychometric properties on community and clinical samples. *Comprehensive Psychiatry*, 60, 170-181. doi:10.1016/j.comppsy.2015.04.005
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. (2020, Marzo 14). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *the Lancet*, 395(10227), 912-920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8
- Brown, K., & Ryan, R. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822–848. doi:10.1037/0022-3514.84.4.822
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Taku, K., Vishnevsky, T., Triplett, K. N., & Danhauer, S. C. (2010). A short form of the Posttraumatic Growth Inventory. *Anxiety, Stress & Coping*, 23(2), 127-137. doi:I: 10.1080/10615800903094273
- Cao di San Marco, E., Menichetti, J., & Vegni, E. (2020). COVID-19 emergency in the hospital: How the clinical psychology unit is responding. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1Special Issue: COVID-19: Insights on the Pandemic’s Traumatic Effects and Global Implications), S43-S44. doi:10.1037/tra0000684
- Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol’ too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92. doi:10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Casagrande, M., Favieri, F., Tambelli, R., & Forte, G. (2020, Novembre). The enemy who sealed the world: effects quarantine due to the COVID-19 on sleep quality, anxiety, and psychological distress in the Italian population. *Sleep Medicine*, 75, 12-20. doi:10.1016/j.sleep.2020.05.011
- Casali, N., Feraco, T., Ghisi, M., & Meneghetti, C. (2020). “Andrà tutto bene”: Associations Between Character Strengths, Psychological Distress and Self-efficacy During Covid-19 Lockdown. *Journal of Happiness Studies*. doi:10.1007/s10902-020-00321-w

- Castronovo, V., Galbiati, A., Marelli, S., Brombin, C., Cugnata, F., Giarolli, L., . . . Ferini-Strambi, L. (2016). Validation study of the Italian version of the Insomnia Severity Index (ISI). *neurological Sciences, 37*, 1517-1524.
doi:10.1007/s10072-016-2620-z
- Cellini, N., Canale, N., Mioni, G., & Costa, S. (2020). Changes in sleep pattern, sense of time and digital media use during COVID-19 lockdown in Italy. *Journal of Sleep Research, 29*, e13074. doi:10.1111/jsr.13074
- Chassany, O., Dimenäs, E., Dubois, D., Wu, A., & Dupuy, H. (2004). *The psychological general well-being index (pgwbi) user manual*. Lyon: Mapi Research Institute.
- Christianson, S., & Marren, J. (2012). The Impact of Event Scale - Revised (IES-R). *Medsurg nursing official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses, 21*, 321-322.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*(4), 385-396.
doi:10.2307/2136404
- Cohen, S., & Hoberman, H. (1983). Positive Events and Social Supports as Buffers of Life Change Stress. *Journal of Applied Social Psychology, 13*(2), 99-125.
doi:10.1111/j.1559-1816.1983.tb02325.x
- Connor, K., & Davidson, J. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*, 76-82. doi:10.1002/da.10113
- Conversano, C., Di Giuseppe, M., Miccoli, M., Ciacchini, R., Gemignani, A., & Orrù, G. (2020). Mindfulness, Age and Gender as Protective Factors Against Psychological Distress During COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychology, 11*, 1900. doi:10.3389/fpsyg.2020.01900
- Curcio, G., Tempesta, D., Scarlata, S., Marzano, C., Moroni, F., Rossini, P. M., . . . De Gennaro, L. (2013). Validity of the Italian Version of the Pittsburgh Sleep

Quality Index (PSQI). *Neurological Sciences*, 34, 511-519. doi:10.1007/s10072-012-1085-y

- de Girolamo, G., Cerveri, G., Clerici, M., Monzani, E., Spinogatti, F., Starace, F., . . . Vita, A. (2020, September 1). Mental Health in the Coronavirus Disease 2019 Emergency-The Italian Response. *JAMA Psychiatry*, 77(9), 974-976. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.1276
- Derogatis, L., & Cleary, P. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the scl-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33(4), 981-989. doi:10.1002/1097-4679(197710)33:4<981::AID-JCLP2270330412>3.0.CO;2-0
- Derogatis, L., Lipman, R., & Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale--preliminary report. *Psychopharmacology bulletin*, 9(1), 13-28.
- Di Corrado, D., Magnano, P., Muzii, B., Coco, M., Guarnera, M., De Lucia, S., & Maldonato, N. (2020). Effects of social distancing on psychological state and physical activity routines during the COVID-19 pandemic. *Sport Sciences for Health*, 16, 619-624. doi:10.1007/s11332-020-00697-5
- Di Crosta, A., Palumbo, R., Marchetti, D., Ceccato, I., La Malva, P., Maiella, R., . . . Di Domenico, A. (2020). Individual Differences, Economic Stability, and Fear of Contagion as Risk Factors for PTSD Symptoms in the COVID-19 Emergency. *Frontiers in Psychology*, 11, 567367. doi:10.3389 / fpsyg.2020.567367
- Di Giuseppe, M., Perry, J., Lucchesi, M., Michelini, M., Vitiello, S., Piantanida, A., . . . Conversano, C. (2020). Preliminary Reliability and Validity of the DMRS-SR-30, a Novel Self-Report Measure Based on the Defense Mechanisms Rating Scales. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 870. doi:10.3389/fpsy.2020.00870
- Di Giuseppe, M., Zilcha-Mano, S., Prout, T., Perry, J., Orrù, G., & Conversano, C. (2020). Psychological Impact of Coronavirus Disease 2019 Among Italians During the First Week of Lockdown. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1022. doi:10.3389/fpsy.2020.576597

- Di Renzo, L., Gualtieri, P., Cinelli, G., Bigioni, G., Soldati, L., Attinà, A., . . . De Lorenzo, A. (2020, July). Psychological Aspects and Eating Habits during COVID-19 Home Confinement: Results of EHLC-COVID-19 Italian Online Survey. *Nutrients*, *12*(7), 2152. doi:10.3390/nu12072152
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, *22*(4), 716-721. doi:10.1016/j.janxdis.2007.07.005
- Favieri, F., Forte, G., Tambelli, R., & Casagrande, M. (2020, 10 4). *The Italians in the time of Coronavirus: Psychosocial aspects of unexpected COVID-19*. Tratto da SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3576804> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3576804>
- Fiorillo, A., & Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, *63*(1), E32,1-2. doi:10.1192/j.eurpsy.2020.35
- Fiorillo, A., Sampogna, G., Giallonardo, V., Del Vecchio, V., Luciano, M., Albert, U., . . . Volpe, U. (2020). Effects of the lockdown on the mental health of the general population during the COVID-19 pandemic in Italy: Results from the COMET collaborative network. *European Psychiatry*, *63*(1), e87. doi:10.1192 / j.eurpsy.2020.89
- Foa, E., Huppert, J., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological assessment*, *14*(4), 485-496. doi:10.1037/1040-3590.14.4.485
- Fontanesi, L., Marchetti, D., Mazza, C., Di Giandomenico, S., Roma, P., & Verrocchio, M. (2020). The effect of the COVID-19 lockdown on parents: A call to adopt urgent measures. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*(S1), S79-S81. doi:10.1037/tra0000672
- Forte, G., Favieri, F., Tambelli, R., & Casagrande, M. (2020). COVID-19 Pandemic in the Italian Population: Validation of a Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire and Prevalence of PTSD Symptomatology. *International Journal*

of Environmental Research and Public Health, 17(11), 4151.
doi:10.3390/ijerph17114151

Forte, G., Favieri, F., Tambelli, R., & Casagrande, M. (2020). The Enemy Which Sealed the World: Effects of COVID-19 Diffusion on the Psychological State of the Italian Population. *Journal of Clinical Medicine*, 9(6), 1802.
doi:10.3390/jcm9061802

Fossati, A., Feeney, J., Donati, D., Donini, M., Novella, L., Bagnato, M., . . . Maffei, C. (2003). On the Dimensionality of the Attachment Style Questionnaire in Italian Clinical and Nonclinical Participants. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20(1), 55-79. doi:10.1177/02654075030201003

Fusar-Poli, P., Brambilla, P., & Solmi, M. (2020). Learning from COVID-19 pandemic in northern Italy: Impact on mental health and clinical care. *Journal of Affective Disorders*, 275, 78-79. doi:10.1016/j.jad.2020.06.028

Gesi, C., Carmassi, C., Cerveri, G., Carpita, B., Cremone, I., & Dell'Osso, L. (2020). Complicated Grief: What to Expect After the Coronavirus Pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 489. doi:10.3389 / fpsyt.2020.00489

Ghebreyesus, T. A. (2020). Addressing mental health needs: an integral part of COVID-19 response. (M. Maj, A cura di) *World Psychiatry*, 19, 129-130.
doi:10.1002/wps.20768

Ghisi, M., Flebus, G., Montano, A., Sanavio, E., & Sica, C. (2006). *Beck Depression Inventory-II: Edizione Italiana*. Firenze, IT: Giunti Editore.

Giallonardo, V., Sampogna, G., Del Vecchio, V., Luciano, M., Albert, U., Carmassi, C., . . . Fiorillo, A. (2020). The Impact of Quarantine and Physical Distancing Following COVID-19 on Mental Health: Study Protocol of a Multicentric Italian Population Trial. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 533. doi:10.3389 / fpsyt.2020.00533

Goldberg, D., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T., Piccinelli, M., Gureje, O., & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental

illness in general health care. *Psychological medicine*, 27(1), 191-197.
doi:10.1017/s0033291796004242

Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The strengths and difficulties questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(3), 125-130. doi:10.1007/s007870050057

Gualano, M., Lo Moro, G., Voglino, G., Bert, F., & Siliquini, R. (2020). Effects of Covid-19 Lockdown on Mental Health and Sleep Disturbances in Italy. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(13), 4779. doi:10.3390/ijerph17134779

Guido, G., Peluso, A., Capestro, M., & Miglietta, M. (2015). An Italian version of the 10-item Big Five Inventory: An application to hedonic and utilitarian shopping values. *Personality and Individual Differences*, 76, 135-140.
doi:10.1016/j.paid.2014.11.053

Hays, R., & DiMatteo, M. (1987). A short-form measure of loneliness. *Journal of personality assessment*, 51(1), 69-81. doi:10.1207/s15327752jpa5101_6

Holmes, E., O'Connor, R., Perry, V., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., . . . Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 547-560. doi:10.1016/S2215-0366(20)30168-1

Horne, J., & Ostberg, O. (1976). A self-assessment questionnaire to determine morningness-eveningness in human circadian rhythms. *International journal of chronobiology*, 4(2), 97-110.

IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Setting, WHO. (2020, febbraio). *Interim Briefing Note Addressing Mental Health and Psychosocial Aspects of COVID-19 Outbreak*. Tratto da <https://interagencystandingcommittee.org/other/interim>

Istituto Superiore di Sanità. (2020, Settembre 30). *COVID-19: gestione dello stress tra gli operatori sanitari*. Tratto da Epicentro:
<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-gestione-stress-operatori>

- Istituto Superiore di Sanità. (2020, Marzo). *ISS per COVID-19*. Tratto il giorno Settembre 30, 2020 da ISS: <https://www.iss.it/coronavirus>
- Istituto Superiore di Sanità. (2020, Maggio 11). *Rapporti ISS COVID-19*. Tratto il giorno Settembre 30, 2020 da ISS: <https://www.iss.it/rapporti-covid-19>
- Istituto Superiore di Sanità. (2020, Marzo 12). *SARS-CoV-2: dichiarazione di pandemia*. Tratto il giorno Settembre 30, 2020 da Epicentro L'epidemiologia per la sanità pubblica: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-dichiarazione-pandemia>
- Kessler, R., Andrews, G., Colpe, L., Hiripi, E., Mroczek, D., Normand, S. L., . . . Zaslavsky, A. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976. doi:10.1017/S0033291702006074
- Kroenke, K., Spitzer, R., & Williams, J. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Medical care*, 41(11), 1284-1292. doi:10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C
- Kroenke, K., Spitzer, R., Williams, J., Monahan, P., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of internal medicine*, 146(5), 317-325. doi:10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004
- Krueger, R., Derringer, J., Markon, K., Watson, D., & Skodol, A. (2013). *The personality inventory for DSM-5-brief form (PID-5-BF)-adult*. Arlington VA, USA: American Psychiatric Association.
- Kvaal, K., Ulstein, I., Nordhus, I., & Engedal, K. (2005). The Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI): the state scale in detecting mental disorders in geriatric patients. *International journal of geriatric psychiatry*, 20(7), 629-634. doi:10.1002/gps.1330
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., . . . Hu, S. (2020, marzo 2). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers

Exposed to Coronavirus Disease 2019. *Jama Netw Open*, 3(3), e203976.
doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

- Landi, G., Pakenham, K., Bocolini, G., Grandi, S., & Tossani, E. (2020). Health Anxiety and Mental Health Outcome During COVID-19 Lockdown in Italy: The Mediating and Moderating Roles of Psychological Flexibility. *Frontiers Psychology*, 11, 2195. doi:10.3389/fpsyg.2020.02195
- LeBeau, R., Mischel, E., Resnick, H., Kilpatrick, D., Friedman, M., & Craske, M. (2014). Dimensional assessment of posttraumatic stress disorder in DSM-5. *Psychiatry Research*, 218(1-2), 143-147. doi:10.1016/j.psychres.2014.03.032
- Littman-Ovadia, H. (2015). BRIEF REPORT: Short Form of the VIA Inventory of Strengths: . *International Journal of Humanities Social Sciences and Education (IJHSSE)*, 2(4), 229-237. Tratto da <https://www.arcjournals.org/pdfs/ijhsse/v2-i4/27.pdf>
- Lotzin, A., Acquarini, E., Ajdukovic, D., Ardino, V., Böttche, M., Bondjers, K., . . . Schäfer, I. (2020). Stressors, coping and symptoms of adjustment disorder in the course of the COVID-19 pandemic – study protocol of the European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS) pan-European study. *European Journal of Psychotraumatology*, 11, 1. doi:10.1080/20008198.2020.1780832
- Lovibondd, S., & Lovibond, P. (1996). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney: Psychology Foundation of Australia.
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Medical care*, 46(3), 266-274. doi:10.1097/MLR.0b013e318160d093.
- Manganelli Rattazzi, A., Canova, L., & Marcorin, R. (2000). La desiderabilità sociale. Un'analisi di forme brevi della scala di Marlowe e Crowne. *Testing Psicometria e Metodologia*, 7, 17.
- Maples, J., Carter, N., Few, L., Crego, C., Gore, W., Samuel, D., . . . Miller, J. (2015). Testing whether the DSM-5 personality disorder trait model can be measured

- with a reduced set of items: An item response theory investigation of the personality inventory for DSM-5. *Psychological Assessment*, 27(4), 1195-1210. doi:10.1037/pas0000120
- Marazziti, D., & Stahl, S. (2020). The relevance of COVID-19 pandemic to psychiatry. *World Psychiatry*, 19, 261. doi:10.1002/wps.20764
- Marelli, S., Castelnovo, A., Somma, A., Castronovo, V., Mombelli, S., Bottoni, D., . . . Ferini-Strambi, L. (2020). Impact of COVID-19 lockdown on sleep quality in university students and administration staff. *Journal of Neurology*. doi:10.1007/s00415-020-10056-6
- Marteau, T., & Bekker, H. (1992). The development of a six-item short-form of the state scale of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *The British journal of clinical psychology*, 31(3), 301-306. doi:10.1111/j.2044-8260.1992.tb00997.x
- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1996). *Maslach Burnout Inventory* (3rd ed. ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C., & Roma, P. (2020). A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3165. doi:10.3390/ijerph17093165
- Mazza, M., De Lorenzo, R., Conte, C., Poletti, S., Vai, B., Bollettini, I., . . . Benedetti, F. (2020). Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain, Behavior and Immunity*, 89, 594-600. doi:10.1016/j.bbi.2020.07.037
- Mazza, M., Marano, G., Lai, C., Janiri, L., & Sani, G. (2020). Danger in danger: Interpersonal violence during COVID-19 quarantine. *Psychiatry Research*, 289, 113046. doi:10.1016/j.psychres.2020.113046

- Meyer, T., Miller, M., Metzger, R., & Borkovec, T. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487-495. doi:10.1016/0005-7967(90)90135-6
- Moccia, L., Janiri, D., Pepe, M., Dattoli, L., Molinaro, M., De Martin, V., . . . Di Nicola, M. (2020). Affective temperament, attachment style, and the psychological impact of the COVID-19 outbreak: an early report on the Italian general population. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 75-79. doi:10.1016/j.bbi.2020.04.048
- Mondo, M., Sechi, C., & Cabras, C. (2019). Psychometric evaluation of three versions of the Italian Perceived Stress Scale. *Current Psychology*. doi:10.1007/s12144-019-0132-8
- Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N., . . . Arango, C. (2020, September 1). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(9), 813-824. doi:10.1016/S2215-0366(20)30307-2
- Morin, C., Belleville, G., Bélanger, L., & Ivers, H. (2011). The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*, 34(5), 601-608. doi:10.1093/sleep/34.5.601
- Mucci, F., Mucci, N., & Diolaiuti, F. (2020). Lockdown and isolation: psychological aspects of covid-19 pandemic in the general population. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 63-64.
- Natale, V., Esposito, M., Martoni, M., & Fabbri, M. (2006). Validity of the reduced version of the morningness eveningness questionnaire. *Sleep Biol Rhythms*. doi:10.1177/0748730403259849
- Niolu, C., Barone, Y., Bianciardi, E., & Siracusano, A. (2015, Aprile). Resilienza e pathways di sviluppo psicopatologico: diverse tipologie di trauma. (A. Rossi, & A. Siracusano, A cura di) *Nóos aggiornamenti in psichiatria. Dalla vulnerabilità alla resilienza al trauma*, 21(1), 25-34.

- Olf, M., Bakker, A., Frewen, P., Aakvaag, H., Ajdukovic, D., Brewer, D., . . . Schnyder, U. (2020). Screening for consequences of trauma - an update on the global collaboration on traumatic stress. *European journal of psychotraumatology*, *11*(1), 1752504. doi:10.1080/20008198.2020.1752504
- Orrù, G., Ciacchini, R., Gemignani, A., & Conversano, C. (2020). Psychological intervention measures during the COVID-19 pandemic. *Clinical Neuropsychiatry*, *17*(2), 76-79. doi:10.36131/CN20200208
- Pagnini, F., Bonanomi, A., Tagliabue, S., Balconi, M., Bertolotti, M., Confalonieri, E., . . . Villani, D. (2020). Knowledge, Concerns, and Behaviors of Individuals During the First Week of the Coronavirus Disease 2019 Pandemic in Italy. *JAMA Network Open*, *3*(7), e2015821. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.15821
- Pakenham, K., Landi, G., Boccolini, G., Furlani, A., Grandi, S., & Tossani, E. (2020). The moderating roles of psychological flexibility and inflexibility on the mental health impacts of COVID-19 pandemic and lockdown in Italy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *17*, 109-118. doi:10.1016/j.jcbs.2020.07.003
- Patton, J., Stranford, M., & Barratt, E. (1995). Factor structure of the barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, *51*, 768-774. doi:10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1
- Pelizza, L., & Pupo, S. (2020). COVID-19 epidemic and public mental health care in Italy: ethical considerations. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *55*, 1093-1094. doi:10.1007/s00127-020-01907-8
- Percudani, M., Corradin, M., Moreno, M., Indelicato, A., & Vita, A. (2020, June). Mental Health Services in Lombardy during COVID-19 outbreak. *Psychiatry Research*, *288*, 112980. doi:10.1016/j.psychres.2020.112980.
- Pietrantonio, F., De Gennaro, L., Di Paolo, M., & Solano, L. (2003). The Impact of Event Scale: Validation of an Italian version. *Journal of Psychosomatic Research*, *55*(4), 389-393. doi:10.1016/S0022-3999(02)00638-4

- Preti, A., Vellante, M., Zucca, G., Tondo, L., Akiskal, K., & Akiskal, H. (2010). The Italian version of the validated short TEMPS-A: The temperament evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego. *Journal of Affective Disorders, 120*(1-3), 207-212. doi:10.1016/j.jad.2009.02.025
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry, 33*(2), e100213. doi:10.1136/gpsych-2020-100213
- Rammstedt, B., & John, O. (2007). Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality, 41*(1), 203-212. doi:10.1016/j.jrp.2006.02.001
- Roets, A., & Van Hiel, A. (2011). Item selection and validation of a brief, 15-item version of the Need for Closure Scale. *Personality and Individual Differences, 50*(1), 90-94. doi:10.1016/j.paid.2010.09.004
- Rolffs, J., Rogge, R., & Wilson, K. (2018). Disentangling Components of Flexibility via the Hexaflex Model: Development and Validation of the Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI). *Assessment, 25*(4), 458-482. doi:10.1177/1073191116645905
- Rossi, A., & Stratta, P. (2015, Aprile). Resilienza e psicopatologia. (A. Rossi , & A. Siracusano, A cura di) *Nóos aggiornamenti in psichiatria. Dalla vulnerabilità alla resilienza al trauma., 21*(1), 3-24.
- Rossi, R., Soggi, V., Talevi , D., Mensi, S., Niolu, C., Pacitti, F., . . . Di Lorenzo, G. (2020, agosto 7). COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental Health Among the General Population in Italy. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 790. doi:10.3389/fpsyt.2020.00790
- Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., . . . Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression. *Globalization and Health, 16*, 57. doi:10.1186/s12992-020-00589-w

- Salfi, F., Lauriola, M., Amicucci, G., Corigliano, D., Viselli, L., Tempesta, D., & Ferrara, M. (2020). Gender-related time course of sleep disturbances and psychological symptoms during the COVID-19 lockdown: A longitudinal study on the Italian population. *Neurobiology of Stress*, 100259. doi:10.1016/j.ynstr.2020.100259.
- Salkovskis, P., RimesK.A., Warwick, H., & Clark, D. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological medicine*, 32(5), 843-853. doi:10.1017/s0033291702005822
- Scheier, M., Carver, C., & Bridges, M. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. . *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078. doi:10.1037/0022-3514.67.6.1063
- Schimmenti, A., Starcevic, V., Giardina, A., Khazaal, Y., & Billieux, J. (2020). Multidimensional Assessment of COVID-19-Related Fears (MAC-RF): A Theory-Based Instrument for the Assessment of Clinically Relevant Fears During Pandemics. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 748. doi:10.3389/fpsy.2020.00748
- Schumpe, B., Brizi, A., Giacomantonio, M., Panno, A., Kopetz, C., Kosta, M., & Mannetti, L. (2017). Need for Cognitive Closure decreases risk taking and motivates discounting of delayed rewards. *Personality and Individual Differences*, 107, 66-71. doi:10.1016/j.paid.2016.11.039
- Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L., & Amore, M. (2020, Agosto). The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM*, 113(8), 531-537.
- Shalev, A., Schreiber, S., & Galai, T. (1993). Early psychological responses to traumatic injury. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 441-450. doi:10.1002/jts.2490060403
- Shevlin, M., Hyland, P., Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Cloitre, M., Vallières, F., . . . Maercker, A. (2020). Measuring ICD-11 adjustment disorder: the development

- and initial validation of the International Adjustment Disorder Questionnaire. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *141*(3), 265-274. doi:10.1111/acps.13126
- Simione, L., & Gnagnarella, C. (2020). Differences Between Health Workers and General Population in Risk Perception, Behaviors, and Psychological Distress Related to COVID-19 Spread in Italy. *Frontiers in Psychology*, *11*, 2166. doi:10.3389 / fpsyg.2020.02166
- Siracusano, A., Di Lorenzo, G., Longo, L., Alcini, S., & Niolu, C. (2020). Building a resilient hospital in Tor Vergata:. *Journal of Psychopathology*, *26*, 131-133. doi:10.36148/2284-0249-403
- Somma, A., Gialdi, G., Frau, C., Barranca, M., & Fossati, A. (2020). *COVID-19 pandemic scientifically supported and non-scientifically supported preventive behaviors and causal beliefs among Italian community dwelling adults: Reciprocal associations, and relationships with demographic variables and sources of information.*
- Somma, A., Gialdi, G., Krueger, R., Markon, K., Frau, C., Lovallo, S., & Fossati, A. (2020). Dysfunctional personality features, non-scientifically supported causal beliefs, and emotional problems during the first month of the COVID-19 pandemic in Italy. *Personality and Individual Differences*, *165*, 110139. doi:10.1016/j.paid.2020.110139
- Somma, A., Krueger, R., Markon, K., Borroni, S., & Fossati, A. (2019). Item response theory analyses, factor structure, and external correlates of the Italian translation of the personality inventory for DSM-5 short form in community-dwelling adults and clinical adults. *Sage Journals*, *26*(5), 839-852. doi:10.1177/1073191118781006
- Spielberger, C., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1970). *The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Test Manual for Form X*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Spinelli, M., Lionetti, F., Pastore, M., & Fasolo, M. (2020). Parents' Stress and Children's Psychological Problems in Families Facing the COVID-19 Outbreak in Italy. *Frontiers in Psychology*, *11*, 1713. doi:10.3389/fpsyg.2020.01713

- Spitzer, R., Kroenke, K., & Williams, J. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA*, 282(18), 1737-1744. doi:10.1001/jama.282.18.1737
- Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092
- Stefana, A., Youngstrom, E., Hopwood, C., & Dakanalis, A. (2020). The COVID-19 pandemic brings a second wave of social isolation and disrupted services. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 270, 785-786. doi:10.1007/s00406-020-01137-8
- Talevi, D., Socci, V., Carai, M., Carnaghi, G., Faleri, S., Trebbi, E., . . . Pacitti, F. (2020). Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Rivista di Psichiatria*, 55(3), 137-144. doi:10.1708/3382.33569
- Taylor, S. (1995). Anxiety sensitivity: Theoretical perspectives and recent findings. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 243-258. doi:10.1016/0005-7967(94)00063-P
- Teasdale, J., Segal, Z., Williams, J., Ridgeway, V., Soulsby, J., & Lau, M. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(4), 615-623. doi:10.1037//0022-006x.68.4.615
- Thoresen, S., Tambs, K., Hussain, A., Heir, T., Johansen, V., & Bisson, J. (2010). Brief measure of posttraumatic stress reactions: impact of Event Scale-6. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(3), 405-412. doi:10.1007/s00127-009-0073-x
- Torales, J., O'Higgins, M., & Castaldelli-Maia, J. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *The International journal of social psychiatry*, 66(4), 317–320. doi:10.1177/002076402091

- van Bruggen, V., Ten Klooster, P., Westerhof, G., Vos, J., de Kleine, E., Bohlmeijer, E., & Glas, G. (2017). The Existential Concerns Questionnaire (ECQ)-Development and Initial Validation of a New Existential Anxiety Scale in a Nonclinical and Clinical Sample. *Journal of clinical psychology, 73*(12), 1692-1703. doi:10.1002/jclp.22474
- van Spijker, B., Batterham, P., Calear, A., Farrer, L., Christensen, H., Reynolds, J., & Kerkhof, A. (2014). The suicidal ideation attributes scale (SIDAS): Community-based validation study of a new scale for the measurement of suicidal ideation. *Suicide & life-threatening behavior, 44*(4), 408-419. doi:10.1111/sltb.12084
- Vinkers, C., van Amelsvoort, T., Bisson, J., Branchi, I., Cryan, J., Domschke, K., . . . van der Wee, N. (2020, June). Stress resilience during the coronavirus pandemic. *European Neuropsychopharmacology, 35*, 12-16. doi:10.1016/j.euroneuro.2020.05.003
- Wallston, B., Wallston, K., Kaplan, G., & Maides, S. (1976). Development and validation of the health locus of control (HLC) scale. *Journal of consulting and clinical psychology, 44*(4), 580-585. doi:10.1037//0022-006x.44.4.580
- Ware, J., Kosinski, M., & Keller, S. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. *Medical Care, 34*(3), 220-223. doi:10.1097/00005650-199603000-00003
- World Health Organization. (2020, September 30). *HealthyAtHome - Mental health*. Tratto da World Health Organization: <https://www.who.int/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health>
- Xiang, Y.-T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & H Ng, C. (2020, March 1). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry, 7*(3), 228-229. doi:10.1016/S2215-0366(20)30046-8
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L., Gill, H., Phan, L., . . . McIntyre, R. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A

systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55-64.
doi:10.1016/j.jad.2020.08.001

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The
Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality
Assessment*, 52(1), 30-41. doi:10.1207/s15327752jpa5201_2