

“Il quadro del comportamento dell’attaccamento, considerato come normale è “sana” componente del corredo istintivo dell’uomo; ci porta a considerare anche l’angoscia da separazione come la naturale ed inevitabile risposta nel caso di un’immotivata mancanza della figura di attaccamento. E alla luce di questa ipotesi che gli attacchi di panico, a cui le persone colpite sono notoriamente soggette, possono essere meglio compresi. Essi tendono a verificarsi particolarmente nei primi mesi dopo la perdita, soprattutto quando la persona colpita ha realizzato la realtà della perdita.

JOHN BOWLBY 1979

## **INDICE**

<b>1. INTRODUZIONE</b>	<b>1</b>
<b>1.1 FATTORI DI RISCHIO</b>	<b>3</b>
<b>1.2 EPIDEMIOLOGIA</b>	<b>6</b>
<b>1.3 SALUTE MENTALE E IMPATTO SULLA SOCIETA'</b>	<b>8</b>
<b>2. OBIETTIVO</b>	<b>12</b>
<b>3. MATERIALI E METODI</b>	<b>13</b>
<b>3.1 DISEGNO DELLO STUDIO</b>	<b>13</b>
<b>3.2 DESCRIZIONE DEL CAMPIONE</b>	<b>13</b>
<b>3.3 STRUMENTI DI RACCOLTA DATI</b>	<b>14</b>
<b>3.4 ANALISI STATISTICA</b>	<b>15</b>
<b>4. RISULTATI</b>	<b>16</b>
<b>5. DISCUSSIONE</b>	<b>25</b>
<b>6. CONCLUSIONE</b>	<b>30</b>
<b>7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA</b>	<b>33</b>

## 1. INTRODUZIONE

Gli attacchi di panico sono uno tra i disturbi più diffusi al mondo: nel 2000 l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) lo ha definito come il disturbo più importante tra le patologie umane in quanto colpisce oltre il 20% della popolazione mondiale.

Tantissime persone ne soffrono, tante se ne vergognano e lasciano passare anni prima di approcciare ai trattamenti, altre si affidano esclusivamente ai farmaci i quali possono essere una cura temporanea e non sempre risolutiva, con il rischio, a lungo termine, di dare forte dipendenza e di mantenere il disturbo. La paura stessa-degli attacchi di panico costituisce un vincolo importante per le persone limitando fortemente la loro vita (OMS, 2000).

Il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM-5-TR, nella 5° edizione revisionata del 2023, riporta che l'attacco di panico è un disturbo che fa parte della categoria dei disturbi d'ansia ed insieme a questi condivide caratteristiche di paura e ansia eccessive. La comparsa di un attacco di panico può verificarsi a partire da uno stato di quiete oppure da uno stato ansioso. Non è chiaro l'elemento scatenante al momento dell'avvenimento. La paura è la risposta emotiva a una minaccia imminente, reale o percepita mentre l'ansia è l'anticipazione di una minaccia futura e si associa di frequente ad una tensione muscolare e a comportamenti prudenti o di evitamento. L' attacco di panico consiste nella comparsa improvvisa di paura o di disagio intensi, che raggiunge il picco in pochi minuti: per essere definito tale, è accompagnato alla comparsa di 4 o più sintomi fisici e/o cognitivi tipici, quali:

- 1) palpitazioni, cardiopalmo o tachicardia;
- 2) sudorazione;
- 3) tremori fini o a grandi scosse;
- 4) dispnea o sensazione di soffocamento;
- 5) sensazione di asfissia;
- 6) dolore o fastidio al petto;
- 7) nausea o disturbi addominali;
- 8) sensazione di vertigine, di instabilità, di "testa leggera" o di svenimento;

- 9) brividi o vampate di calore;
- 10) parestesie (sensazione di torpore o di formicolio);
- 11) derealizzazione (sensazione di irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da sé stessi);
- 12) paura di perdere il controllo o di “impazzire”;
- 13) paura di morire.

Quando gli attacchi di panico sono frequenti e ravvicinati si configura dal punto di vista diagnostico il “Disturbo di panico” che è inserito anch’esso all’interno della categoria dei disturbi d’ansia. Per la diagnosi del disturbo di attacchi di panico, è essenziale che i sintomi non siano meglio spiegati da un’altra condizione medica o da effetti fisiologici di una sostanza. Inoltre, la presenza di attacchi di panico e la preoccupazione persistente correlata devono causare un vero disagio o interferire in modo significativo con le attività sociali, lavorative o di altre aree importanti della vita del paziente.

La diagnosi di attacchi di panico o disturbo di panico è indicata in questi contesti dopo che sono state escluse altre condizioni mediche generali e cause organiche (Stein et al., 2010).

Tutte le persone possono sperimentare sentimenti di ansia e di paura in determinati momenti della propria vita. È una risposta naturale a situazioni stressanti o pericolose. Tuttavia, negli individui colpiti dal disturbo di panico, i sentimenti di ansia, stress e terrore si verificano frequentemente, improvvisamente e spontaneamente. Inoltre, compare la preoccupazione, persistente nel tempo, di avere altri attacchi di panico e delle possibili conseguenze (ad esempio, paura di perdere il controllo, di avere un attacco cardiaco, ecc.). L’ansia è una condizione di preoccupazione eccessiva e apprensione. Può variare da lieve a grave e può includere sentimenti di intensa paura o terrore (ISSalute, Disturbo di panico, 2022).

## 1.1 FATTORI DI RISCHIO

L'esatta causa del disturbo di panico non è del tutto chiara ma si ritiene possa consistere in una combinazione di fattori fisici e psicologici che includono:

- esperienze di vita traumatiche: il lutto, per esempio, può scatenare un attacco di panico che può comparire subito dopo l'evento o manifestarsi inaspettatamente a distanza di tempo;
- genetica e fisiologia: avere un familiare di I grado con disturbo di panico aumenta il rischio di esserne colpiti. Gli individui con broncopneumopatia cronica ostruttiva che riferiscono una ridotta percezione del controllo sulla malattia e convinzioni negative sulle conseguenze di crisi dispnoiche imprevedibili hanno maggiore probabilità di manifestare sintomi di panico;
- neurotrasmettitori: lo squilibrio delle sostanze naturalmente presenti nel cervello può aumentare il rischio di sviluppare il disturbo di panico;
- aumento della sensibilità al biossido di carbonio: il disturbo di panico può essere legato a un aumento della sensibilità al biossido di carbonio e respirarne aria con alti livelli, potrebbe scatenare un attacco;
- pensiero catastrofico: le persone che soffrono di attacchi di panico tendono a concentrarsi su disturbi (sintomi) fisici lievi e a interpretarli in maniera catastrofica come fossero segni di una malattia grave. Ciò innesca una risposta di allarme del sistema nervoso che può evolvere in attacco di panico;
- fattori temperamentali: affettività negativa (nevroticismo), sensibilità all'ansia, inibizione comportamentale e tendenza all'evitamento;
- fattori ambientali: tra i più importanti lo stress, il fumo di sigaretta, la separazione dai genitori, l'iperprotezione e il rifiuto genitoriale (ISSalute, 2022, DSM-5-TR, 2023).

In letteratura sono riportati studi che mettono in correlazione i fattori di rischio agli attacchi e disturbi di panico.

Nello studio epidemiologico trasversale (12 mesi) e prospettico longitudinale della durata di 4 anni in una coorte comunitaria di 2548 individui, di età compresa tra 14 e 24 anni all'inizio dello studio, "Physical activity and prevalence and incidence of mental disorders in adolescents and young adults" (Ströhle, A. et al., 2007), i risultati riportano che l'attività fisica regolare è stata associata a una diminuzione della prevalenza di qualsiasi disturbo mentale e di comorbilità, a causa di tassi più bassi di disturbi da uso di sostanze, disturbi d'ansia e distimia. Prospettivamente, i soggetti con attività fisica regolare avevano un'incidenza complessiva sostanzialmente inferiore di qualsiasi disturbo mentale e di comorbilità e anche una minore incidenza di disturbo d'ansia. Il potenziale di effetti preventivi dell'attività fisica era notevolmente più elevato per gli uomini che per le donne.

I dati provenienti dallo studio prospettico longitudinale "Risk factors for fearful spells, panic attacks and panic disorder in a community cohort of adolescents and young adults" (Asselmann, E., et al, 2016), della durata di 10 anni, condotto su adolescenti/giovani adulti, suggeriscono che il sesso femminile, l'ansia e la depressione dei genitori, l'inibizione comportamentale, l'evitamento del danno, una minore efficacia di coping e il rifiuto dei genitori rappresentano fattori scatenanti dell'insorgenza di attacco di panico (PA) e disturbo di panico (PD).

Lo studio "Quality of Life in Patients with Coronary Artery Disease and Panic Disorder: A Comparative Study" del 2017 evidenzia che le segnalazioni per dolore toracico non cardiaco sono spesso sottodiagnosticate e non trattate; inoltre sono limitati gli studi che confrontino la qualità della vita del paziente con malattia coronarica (CAD) e le segnalazioni per dolore toracico non cardiaco correlato al disturbo di panico (PDRC). Questo è uno dei pochi studi che ha confrontato la qualità della vita nei pazienti portatori di uno dei due disturbi. I pazienti del gruppo PDRC hanno presentato una qualità di vita peggiore rispetto a quelli dei gruppi CAD e di controllo sani.

I risultati dello studio condotto in Spagna "Epidemiology of panic attacks, panic disorder and the moderating role of age: Results from a population-based study"

(Olaya, B. et al., 2018) suggeriscono che la probabilità di avere PA e PD diminuisce con l'avanzare dell'età e che i fattori di rischio significativi sono indipendenti dall'età. I tassi di prevalenza più elevati di PA (9,5%) e PD (3,3%) sono stati riscontrati rispettivamente nelle persone di età compresa tra 30 e 39 anni e tra 40 e 49 anni. Gli intervistati di età pari o superiore a 80 anni hanno presentato i tassi più bassi. Tuttavia, gli anziani con un consumo frequente di alcol sembrano essere a maggior rischio di disturbo di panico.

Nella revisione sistematica "Modifiable risk and protective factors for anxiety disorders among adults: A systematic review" (Zimmermann, M., et al., 2020) sono stati identificati fattori di rischio e protettivi modificabili rilevati da 19 studi effettuati in sette Paesi. I fattori di rischio identificati includevano il fumo di sigaretta, l'uso di alcol, l'uso di cannabis, valutazioni negative degli eventi della vita, evitamento e fattori professionali. I fattori protettivi includevano il supporto sociale, il coping e l'attività fisica. Il fumo di sigaretta rappresenta il fattore di rischio per l'agorafobia e il disturbo di panico. Risultati contrastanti sono stati trovati per il disturbo d'ansia generalizzato e la fobia specifica. Tra i disturbi, la frequenza del fumo era associata a un rischio maggiore. I risultati indicano un'importante lacuna nella letteratura in quanto pochi studi hanno esaminato i fattori di rischio modificabili per i disturbi d'ansia.

Un ulteriore fattore da prendere in considerazione per la salute mentale e quindi per i disturbi legati al panico, è il cambiamento climatico. Nei paesi dell'UE e nel Regno Unito, 84 milioni di persone sono affette da problemi di salute mentale, sistematicamente sottorappresentata nei bilanci pubblici e nel sistema sanitario. Si prevede che il cambiamento climatico peggiorerà i risultati relativi alla salute mentale in tutto il mondo, in particolare per gli individui e le comunità vulnerabili. Gli effetti dei cambiamenti climatici sulla salute mentale rimangono in gran parte inesplorati rispetto agli impatti sulla salute fisica. Ciò è particolarmente preoccupante alla luce della crescente esposizione della popolazione a ondate di caldo, inondazioni o incendi, poiché i casi di traumi psicologici derivanti da qualsiasi forma di disastro legato al clima possono essere 40 volte superiori a quelli di lesioni fisiche.

Eventi meteorologici catastrofici stanno causando disturbo da stress post-traumatico, ansia e depressione; le temperature estreme influenzano l'umore, peggiorano i disturbi comportamentali, aumentano il rischio di suicidio e influenzano il benessere delle persone con precedenti problemi di salute mentale. Il disagio associato al cambiamento dei mezzi di sussistenza e alla carenza di risorse cruciali, quali la sicurezza idrica e alimentare, può mettere a rischio la coesione della comunità (European Climate and Health Observatory, 2022).

## **1.2 EPIDEMIOLOGIA**

Lo studio “Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys” (Epidemiologia transnazionale del disturbo di panico e degli attacchi di panico nelle indagini mondiali sulla salute mentale) di De Jonge, P. et al del 2016, riporta i dati di 27 paesi diversi: a livello mondiale si riscontra una frequenza “una tantum” del 13,2% tra le persone che non hanno mai avuto un attacco di panico; di questi il 66,5% ripresenta episodi, fino a divenire ricorrenti. In Italia la frequenza di episodi “una tantum” è del 8% e di questi il 66% presenta episodi ricorrenti.

Bandelow Borwin e Michaelis Sophie nel documento “Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century (Epidemiologia dei disturbi d'ansia nel 21° secolo) del 2022, riportano che i disturbi d'ansia, compreso il disturbo di panico con o senza agorafobia, il disturbo d'ansia generalizzato, il disturbo d'ansia sociale, le fobie specifiche e il disturbo d'ansia da separazione, sono i disturbi mentali più diffusi e sono associati a immensi costi sanitari e a un elevato carico di malattie. Secondo ampi sondaggi condotti sulla popolazione, fino al 33,7% della popolazione è affetta da un disturbo d'ansia nel corso della propria vita. È stato dimostrato un sostanziale sottoriconoscimento e un sottotrattamento di questi disturbi.

Il DSM-5-TR 2023, riporta le stime di prevalenza a 12 mesi per il disturbo di panico negli Stati Uniti e in alcuni paesi europei: si evidenzia il 2-3% negli adulti e negli adolescenti. Si stima che la prevalenza complessiva nel corso della vita



sia dell'1,7%, con un rischio previsto del 2,7% nell'arco della vita secondo i World Mental Health Surveys.

L'Associazione Europea Disturbi da Attacchi di Panico (Eurodap) attraverso un sondaggio on line, ha rilevato che gli italiani sono sempre più a rischio di ansia e attacchi di panico; al sondaggio hanno risposto oltre 700 soggetti tra i 19 e i 60 anni, ai quali è stato chiesto se abitualmente sperimentino alcuni dei sintomi tipici dell'ansia e del panico. Dai risultati è emerso che il 79% di coloro che hanno risposto al sondaggio ha avuto, durante l'ultimo mese, manifestazioni fisiche frequenti e intense di ansia; il 73% si percepisce come una persona molto apprensiva, che si preoccupa facilmente di piccole cose/situazioni; il 68% dichiara di avere non poco disagio a stare lontano da casa o da luoghi familiari, mentre il 91% trova molto spesso difficoltà nel rilassarsi. Questi dati descrivono uno scenario molto complesso e preoccupante e spesso sottovalutato. Gli episodi di ansia non sono da minimizzare poiché, se ignorati, potrebbero generare a loro volta un attacco di panico. Tale esperienza viene spesso vissuta come un vero e proprio evento traumatico. Il disturbo di attacco di panico si manifesta generalmente tra i 15 ed i 35 anni, con una seconda punta d'insorgenza tra i 44 ed i 55 anni; diffuso in misura maggiore nella popolazione femminile, è in aumento tra gli uomini, soprattutto professionisti e manager (ANSA, 2022).

Secondo il Global Burden of Disease Study (GBD) 2017, nel loro complesso, i disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze psicoattive sono responsabili di più del 14% dei DALYs (Disability-adjusted life year, Anni vissuti con disabilità). Il loro peso si manifesta in entrambi i sessi e in tutte le fasce d'età. Tra i disturbi che emergono durante l'infanzia, i più frequenti sono la disabilità intellettiva e i disturbi dello spettro autistico, quelli più comuni durante la fase adulta sono invece i disturbi depressivi e ansiosi e la schizofrenia. In ognuna delle regioni geografiche considerate, le malattie mentali interessano più del 10% della popolazione. Il GBD 2017, che analizza le variazioni avvenute nelle ultime tre decadi, evidenzia come nel 1990 i disturbi mentali fossero la 13esima causa di disabilità mentre ora sono al sesto posto. Nella regione europea dell'OMS, i disturbi mentali sono la principale causa di disabilità e la terza causa principale del carico complessivo di malattia, dopo le malattie cardiovascolari e i

tumori. La prevalenza stimata dei disturbi mentali nel 2015 era di 110 milioni, equivalenti al 12% dell'intera popolazione della regione europea dell'OMS. Con l'inclusione dei disturbi da uso di sostanze tale prevalenza aumenta di 27 milioni (arrivando al 15%) e può arrivare a 300 milioni (50%) considerando anche i disturbi neurologici. Nella fascia dell'infanzia e adolescenza, studi recenti mostrano come, nel mondo, più di 1 adolescente su 7 tra i 10 e i 19 anni convive con un disturbo mentale diagnosticato. In Europa, tra le patologie rilevate l'ansia e la depressione rappresentano oltre la metà dei casi e il suicidio è diventata la seconda causa di morte fra gli adolescenti fra i 15 e i 19 anni, con 4 casi su 100.000, dopo gli incidenti stradali (5 casi su 100.000).

### **1.3 SALUTE MENTALE E IMPATTO SULLA SOCIETA'**

I costi economici della malattia mentale nei paesi OCSE (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico), compresi gli investimenti nel sistema di salute mentale, i costi della minore occupazione e produttività, sono equivalenti a oltre il 4% del PIL (Prodotto Interno Lordo). Vivere con una condizione di salute mentale rende più difficile rimanere a scuola o nel mondo del lavoro, più difficile studiare o lavorare in modo efficace e più difficile rimanere in buona salute fisica. I disturbi mentali fanno spesso precipitare gli individui e le loro famiglie in una condizione di povertà.

La perdita della casa e la detenzione inappropriata sono molto più frequenti nelle persone con disturbi mentali che nella popolazione generale e aggravano ulteriormente la loro condizione di emarginazione e la loro vulnerabilità. A causa della stigmatizzazione e della discriminazione, le persone con disturbo mentale vedono violati i loro diritti umani e molte di loro vengono private dei loro diritti economici, sociali e culturali, sono vittime di limitazioni nel diritto al lavoro, all'istruzione, alla procreazione ed alla possibilità di ottenere le migliori condizioni di salute. La pandemia di COVID-19 ha avuto un forte impatto sulla salute mentale delle persone. Alcuni gruppi, tra cui operatori sanitari e altri lavoratori in prima linea, studenti, persone che vivono da sole, soggetti vulnerabili (tra i quali i detenuti e i migranti) e persone con disturbi di salute mentale preesistenti, sono stati particolarmente colpiti. In molti paesi, oltre

all'effetto deleterio che le misure di contenimento del COVID-19 sembrano aver avuto sulla salute mentale della popolazione, la crisi ha aumentato alcuni tra i principali fattori di rischio per le malattie mentali quali disoccupazione, insicurezza finanziaria, povertà. In aggiunta a ciò, i servizi sanitari dedicati ai disturbi mentali, neurologici e all'uso di sostanze sono stati significativamente rallentati e in molti casi interrotti. Eppure c'è anche motivo di ottimismo. Il peggioramento dello stato di salute mentale della popolazione nel corso del 2020-21 ha reso le prestazioni del sistema di salute mentale più importanti che mai. Durante l'Assemblea mondiale della sanità nel maggio 2021, i governi di tutto il mondo hanno riconosciuto la necessità di aumentare i servizi di salute mentale di qualità a tutti i livelli. E alcuni paesi hanno trovato nuovi modi per fornire assistenza sanitaria mentale alle loro popolazioni. Già nel 2019, il Piano d'azione per la salute mentale WHO 2013-2020 era stato prorogato fino al 2030. Successivamente, nel 2021, la 74° Assemblea mondiale della sanità ha approvato specifici aggiornamenti. Il nuovo Piano d'azione per la salute mentale WHO 2013-2030 si basa sul documento precedente e stabilisce azioni chiare per gli Stati membri, il segretariato dell'OMS e i partner internazionali, regionali e nazionali per promuovere la salute mentale e il benessere per tutti, prevenire condizioni che mettano a rischio la salute mentale e raggiungere una copertura universale per i servizi di salute mentale. Mentre il piano d'azione aggiornato include indicatori e opzioni di attuazione nuovi e aggiornati, i quattro obiettivi principali originali rimangono invariati: leadership e governance più efficaci per la salute mentale; fornitura di servizi completi e integrati di salute mentale e assistenza sociale in contesti comunitari; attuazione di strategie di promozione e prevenzione; sistemi di informazione, prove di efficacia e ricerche dedicate rafforzati (Ministero della Salute, 2022).

La pandemia ha creato un cambiamento epocale nel modo in cui l'assistenza sanitaria mentale può essere fornita. L'accesso agli appuntamenti di telemedicina per problemi di salute mentale è fiorito, le consultazioni tramite telefono o videochiamata, sono aumentate. Paesi dall'Italia all'India hanno fornito assistenza sanitaria mentale in questo modo durante il COVID-19. Per garantire che l'accesso ai servizi di telemedicina sia equo, tuttavia, gli esperti di

salute mentale hanno esortato i leader a considerare le esigenze delle persone con scarsa alfabetizzazione digitale e/o che non hanno accesso a Internet (Leach-Kemon, K. Et al., 2021).

Il rapporto di “The Lancet” 2021 fornisce le prime stime globali dell’impatto della pandemia di COVID-19 sulla salute mentale nel 2020 e suggerisce che ulteriori 53 milioni di casi di disturbo depressivo maggiore e 76 milioni di casi di disturbi d’ansia sono dovuti alla pandemia; l’OMS nel 2022 riporta che nel primo anno della pandemia di Covid-19 la prevalenza globale di ansia e depressione è aumentata del 25%.

Essendo la pandemia sotto controllo, iniziano a diventare più evidenti gli strascichi di questa emergenza. Il disturbo da attacchi di panico si sta rivelando una delle conseguenze più frequenti in epoca post-Covid (Iacobelli, E., 2023).

Lo studio Italiano “The Prevalence of patients with panic attacks (PAs) and panic disorder (PD) visiting Emergency Departments of the Verona Hospital” (La prevalenza di pazienti con attacchi di panico (PA) e disturbo di panico (PD) che si recano al Pronto Soccorso dell'Ospedale di Verona) di Majori, S., et al. del 2016, ha valutato la prevalenza periodica degli accessi presso il pronto Soccorso dell'Ospedale Universitario di Verona (Nord Est d'Italia) nel periodo compreso tra il 2012 e il 2016, delle persone con attacchi e disturbi di panico, al fine di quantificare il peso del disturbo.

Lo studio è stato condotto raccogliendo retrospettivamente i dati delle cartelle cliniche di tutti i pazienti valutati presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Verona per sintomi di PA o PD in un periodo di 5 anni (1 gennaio 2012 - 31 dicembre 2016). I risultati riportano 3.771 casi di PA o PD, il 62,3% femmine e il 37,7% maschi con un rapporto di 1,7:1, età media di 44 anni (46 per le femmine e 41 per i maschi). La maggior parte dei pazienti rientrava in due categorie di età: da 30 a 39 (20,6%) e da 40 a 49 (23,8%). La percentuale di visite è stata di circa il 20% all'anno, con una media di circa 754 pazienti che si recano al Pronto Soccorso ogni anno. Sono state calcolate la prevalenza periodica degli accessi per PA o PD nel quinquennio studiato nella popolazione

residente media (1,4%) e la media delle visite (2,5%). I risultati dello studio hanno mostrato che la maggior parte dei pazienti (80,9%) è stata indirizzata al proprio medico di famiglia al termine del protocollo di valutazione.

## **2. OBIETTIVO**

Lo scopo dell'elaborato di tesi è:

1. approfondire l'impatto che l'attacco di panico e il disturbo di panico hanno sull'assistenza sanitaria;
2. porre l'attenzione all'approccio infermieristico rivolto alla prevenzione e alla gestione di questi disturbi, con un focus sulla promozione della salute mentale e sul supporto a lungo termine dei pazienti che ne sono affetti;
3. identificare le strategie infermieristiche non farmacologiche per aiutare i pazienti durante un attacco di panico;
4. esplorare le opzioni di trattamento farmacologico e psicoterapeutico utilizzate per gestire gli attacchi di panico e il ruolo dell'infermiere in questo contesto;
5. valutare l'efficacia delle misure infermieristiche nella riduzione della frequenza e dell'intensità degli attacchi di panico;

Questo elaborato vuole fornire una panoramica puntuale e completa sugli attacchi di panico e contribuire alla crescita delle conoscenze utili all'infermiere nel campo della salute mentale.

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

Per la parte introduttiva è stata effettuata una revisione narrativa della letteratura attraverso la ricerca bibliografica sulle banche dati Google Scholar, PubMed e ScienceDirect; sono inoltre stati considerati i siti internet inerenti all'obiettivo di tesi e di rilevanza scientifica: ISSsalute, Ministero della Salute, OMS, Istituto Superiore di Sanità, Ansa, Eurodap (Associazione Europea per il disturbo da attacchi di panico), European Climate and Health Observatory. Infine sono state reperite informazioni dal "Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta edizione, text revision" (DSM-5-TR). La ricerca bibliografica è stata condotta dal mese di maggio 2023 al mese di ottobre 2023. Sono state utilizzate le seguenti parole chiave: "panic attack", "panic disorder", "anxiety", "mental health", "nursing assistant", "epidemiology", "risk factors", combinate fra loro con i vari operatori booleani (AND e OR).

Sono stati utilizzati i seguenti filtri:

- Anno di pubblicazione articoli: dal 2007 ad oggi;
- Lingua italiana e inglese;
- Disponibilità di testo: selezionati "free text", "free full text", "abstract".

Applicando i filtri sopra citati e come criterio principale di selezione la pertinenza delle fonti con l'obiettivo dell'elaborato, è stata realizzata una raffinata scelta fino ad arrivare alla selezione di 17 documenti, utilizzati per l'introduzione e altri 13 articoli utilizzati per la comparazione dei dati raccolti nello studio osservazionale.

#### **3.1 Disegno dello studio**

Per rispondere all'obiettivo di ricerca è stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo multicentrico, effettuato tramite l'acquisizione e la successiva analisi dei dati relativi ai pazienti afferenti ai Pronto Soccorso degli stabilimenti di Urbino, Pesaro e Fano, dell'AST Pesaro Urbino, con diagnosi di attacco di panico o disturbo di panico.

#### **3.2 Descrizione del campione**

Lo studio quantitativo è stato condotto su pazienti che si sono recati in autonomia o sono stati trasportati tramite il servizio di 118, presso i tre Pronto Soccorso dal 1° gennaio 2020 al 31 agosto 2023, fatta eccezione per gli accessi a Pesaro fino al 31 dicembre 2022. Per tutti gli assistiti sono state raccolte informazioni relative a:

- periodo di accesso

- età;
- sesso;
- codice di priorità attribuito al triage,
- codice attribuito alla dimissione/ricovero;
- tempo di permanenza (dal triage alla dimissione/ricovero);
- prestazioni effettuate (esami ematici, elettrocardiogramma, Rx torace, visita specialistica, ecc);
- trattamento farmacologico;
- comorbidità;
- numero di accessi per lo stesso disturbo, nel periodo di ricerca.

Si mette in luce che la” Nuova codifica di priorità e tempi di attesa (Triage: nuova codifica di priorità e tempo massimo di attesa)- Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero”, Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano 1 agosto 2019, non è stata omogeneamente messa in pratica dai tre stabilimenti;

#### CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE

Sono stati inclusi nello studio tutti i pazienti che hanno avuto almeno una volta nell’arco dei tre anni oggetto di studio una diagnosi di AP o DP, oppure che abbiano manifestato almeno 4 dei 13 sintomi tipici degli AP secondo quanto riportato dal DSM-5-TR e dove la diagnosi è stata riportata come “crisi di panico” oppure “attacchi d’ansia”. Sono stati esclusi i pazienti che nonostante avessero manifestato i sintomi di un AP in fase di triage, dopo la visita medica non ne è stata confermata la diagnosi.

#### **3.3 Strumenti di raccolta dati**

Previa formale richiesta di autorizzazione alla consultazione, indirizzata al Direttore Sanitario FF e alla Dirigente delle Professioni Sanitarie, ricevuta il 28 luglio 2023, da parte del Direttore del C.L in Infermieristica Polo di Pesaro, la raccolta dati è avvenuta tramite la consultazione del data base DSEO (Dossier Sanitario Elettronico Ospedaliero) e SI4WEB Portale applicazioni Sanitarie presso il pronto Soccorso di Urbino, tramite il data base Ausylia negli stabilimenti di Pesaro e Fano. Il campionamento si è svolto nell’arco di sei settimane, dal 28 agosto al 7 ottobre 2023 nei tre Pronto Soccorso della provincia. Per poter selezionare tutti gli accessi pertinenti l’obiettivo di tesi, sono state inserite ed associate tra loro, le seguenti



parole chiave: panico, ansia, cardiopalmo, dolore toracico, parestesie/formicolio, agitazione psicomotoria ed altri sintomi/segni specifici dell'attacco di panico.

### **3.4 Analisi statistica**

Tutte le informazioni del campione raccolte sono state inserite nel programma di calcolo Excel, trasformando i dati anagrafici in forma anonima, conformemente alle disposizioni del REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI (Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016). Infine, i dati esaminati e codificati per l'analisi quantitativa, sono stati riprodotti in grafici a torta e tabellare ed istogrammi, creati tramite Windows Word.

#### 4. RISULTATI

Lo studio retrospettivo ha identificato n° 1042 accessi totali con diagnosi di AP o DP (Figura 1) suddivisi in n°370 presso il Pronto Soccorso dello stabilimento di Pesaro, n°576 presso quello dello stabilimento di Fano e n°96 dallo stabilimento di Urbino. Nel conteggio sono presenti le persone che hanno più di un accesso nell'arco degli anni. Sono stati individuati 795 pazienti: 336 su Pesaro, 388 a Fano e 71 in Urbino. Il totale delle pazienti è suddiviso in 261 maschi e 534 femmine con un rapporto femmine-maschi di 2,04:1, ed ogni paziente ha avuto in media l'accesso al pronto soccorso circa 1,36 volte con un'incidenza basata sulla popolazione media residente di 2,98 (ISTAT, 2021).

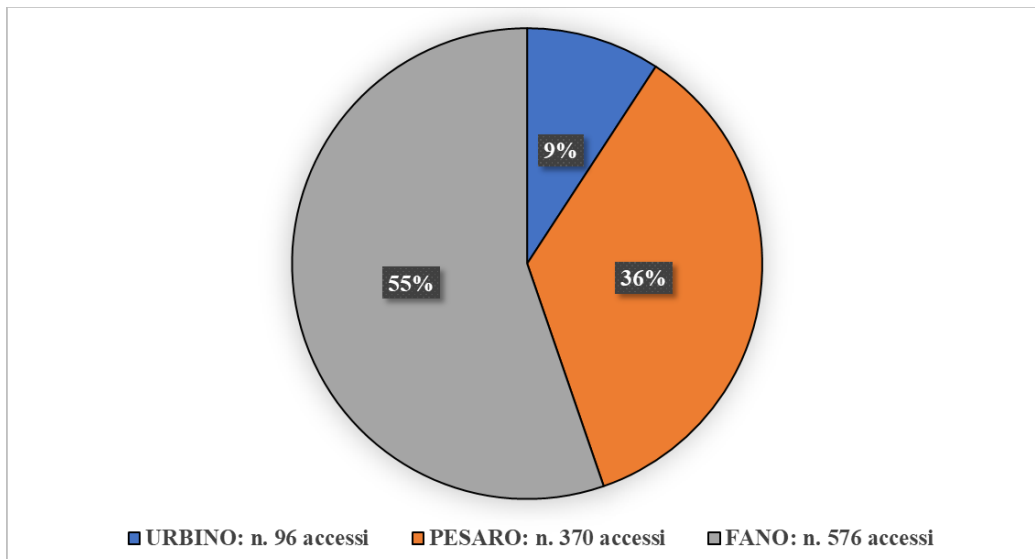


Figura 1: numero e percentuale accessi nei diversi stabilimenti.

All'anamnesi è stata riscontrata la compresenza di fattori di rischio e i maggiormente rappresentati sono altri disturbi d'ansia, disturbi mentali come la depressione, disturbo da uso di sostanze, abuso di alcool, tabagismo, lutto recente, uso di cannabinoidi e violenza domestica.

Dai dati rilevati è stato riscontrato che i pazienti hanno raggiunto la sede del Pronto Soccorso sia autonomamente, che tramite il servizio di 118.

Di seguito sono descritti gli accessi: sono esclusi dal conteggio gli accessi multipli effettuati con i propri mezzi.

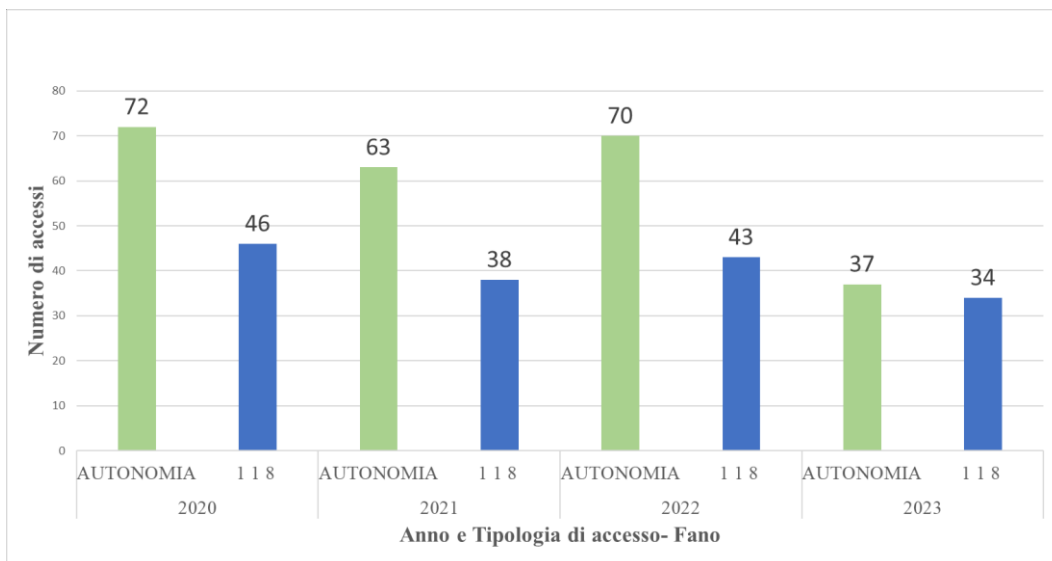


Figura 2: numero accessi al Pronto Soccorso di Fano, suddivisi per modalità di accesso e anno.

FANO															
ANNO 2020				ANNO 2021				ANNO 2022				ANNO 2023			
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
AUTONOMIA		118		AUTONOMIA		118		AUTONOMIA		118		AUTONOMIA		118	
27	45	12	34	22	41	14	24	24	46	15	28	12	25	10	24

Tabella 1: numero accessi al Pronto Soccorso di Fano, suddivisi per modalità di accesso, anno e genere.

Presso il Pronto Soccorso di Fano si sono recati (Figura 2 e Tabella 1):

- nel 2020 n°72 persone autonomamente; n°46 con il 118;
- nel 2021 n°63 persone autonomamente; n°38 con il 118;
- nel 2022 n°70 persone autonomamente; n°43 con il 118;
- nel 2023 n°37 persone autonomamente; n° 34 con il 118.

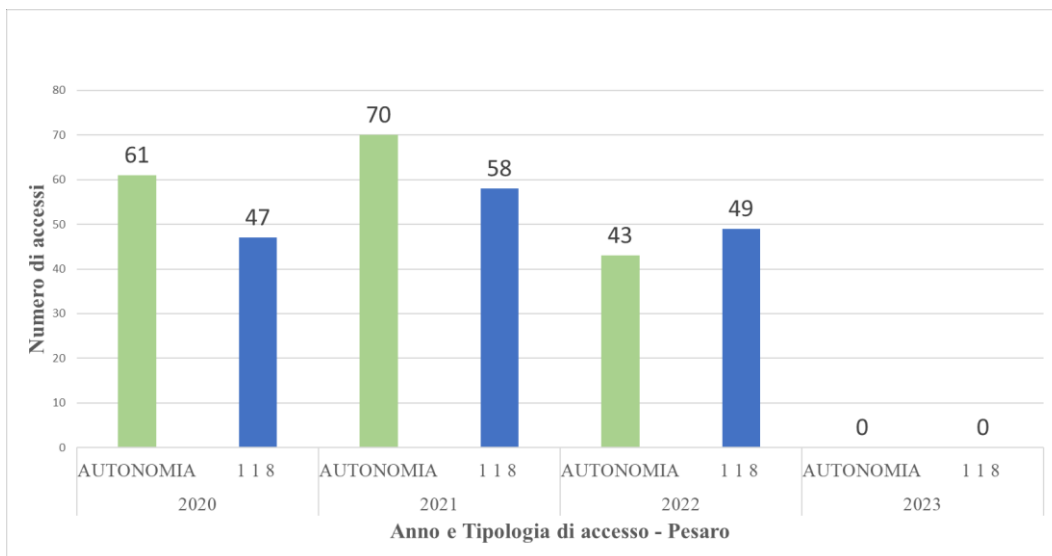


Figura 3: numero accessi al Pronto Soccorso di Pesaro, suddivisi per modalità di accesso e anno.

PESARO															
ANNO 2020				ANNO 2021				ANNO 2022				ANNO 2023			
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
AUTONOMIA		118		AUTONOMIA		118		AUTONOMIA		118		AUTONOMIA		118	
22	39	13	34	29	41	14	44	14	29	16	33	NON RILEVATO			

Tabella 2: numero accessi al Pronto Soccorso di Pesaro, suddivisi per modalità di accesso, anno e genere.

Presso il Pronto Soccorso di Pesaro si sono recati (Figura 3 e Tabella 2):

- nel 2020 n°61 persone autonomamente; n°47 con il 118;
- nel 2021 n°70 persone autonomamente; n°58 con il 118;
- nel 2022 n°43 persone autonomamente; n°49 con il 118;
- del 2023 non è stata effettuata la raccolta dati.

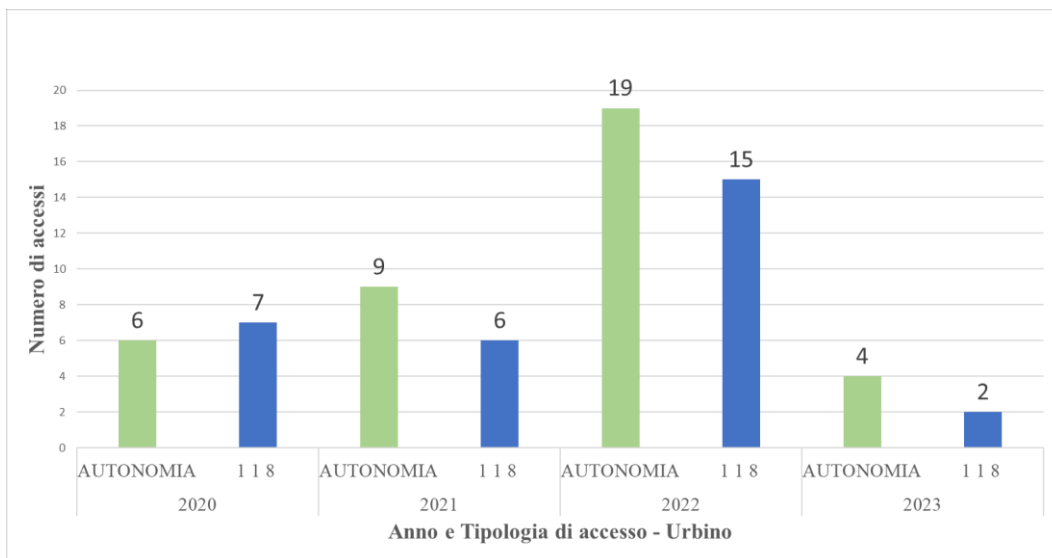


Figura 4: numero accessi al Pronto Soccorso di Urbino, suddivisi per modalità di accesso e anno.

URBINO															
ANNO 2020				ANNO 2021				ANNO 2022				ANNO 2023			
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
AUTONOMIA		118		AUTONOMIA		118		AUTONOMIA		118		AUTONOMIA		118	
5	1	1	6	4	5	2	4	6	13	3	12	1	3	0	2

Tabella 3: numero accessi al Pronto Soccorso di Urbino, suddivisi per modalità di accesso, anno e genere.

Presso il PS di Urbino si sono recati (Figura 4 e Tabella 3):

- nel 2020 n°6 persone autonomamente; n°7 con il 118;
- nel 2021 n°9 persone autonomamente; n°6 con il 118;
- nel 2022 n°19 persone autonomamente; n°15 con il 118;
- nel 2023 n° 4 persone autonomamente; n°2 con il 118.

Le persone che sono giunte al Pronto Soccorso di Pesaro nel periodo 2020-2022 sono in totale 336, con 121 accessi nel 2020, 141 nel 2021, 108 nel 2022.

Gli accessi totali al Pronto Soccorso di Fano sono stati 388: 149 nel 2020, 148 nel 2021, 180 nel 2022 e 99 nel 2023.

Al Pronto Soccorso di Urbino sono arrivate 71 persone, 28 accessi nel 2020, 28 nel 2021, 34 nel 2022 e 6 accessi nel 2023 (Figura 5).

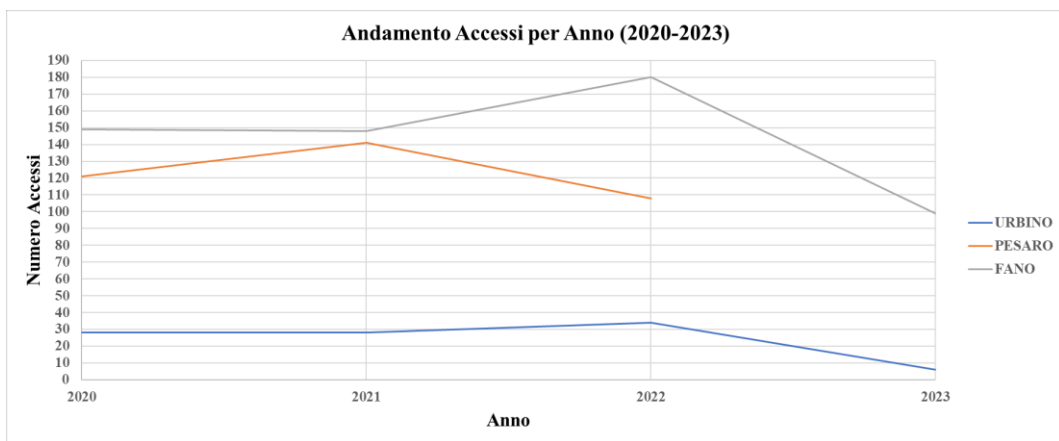


Figura 5: numero accessi totali suddivisi per anno e stabilimento.

Nella Figura 6 è rappresentato il numero di persone suddivise per sesso e fasce di età espresse in decenni:

- 1940-49: 10 maschi e 17 femmine;
- 1950-59: 8 maschi e 20 femmine;
- 1960-69: 35 maschi e 66 femmine;
- 1970-79: 45 maschi e 86 femmine;
- 1980-89: 49 maschi e 104 femmine;
- 1990-99: 72 maschi e 111 femmine;
- 2000-09: 44 maschi e 128 femmine.

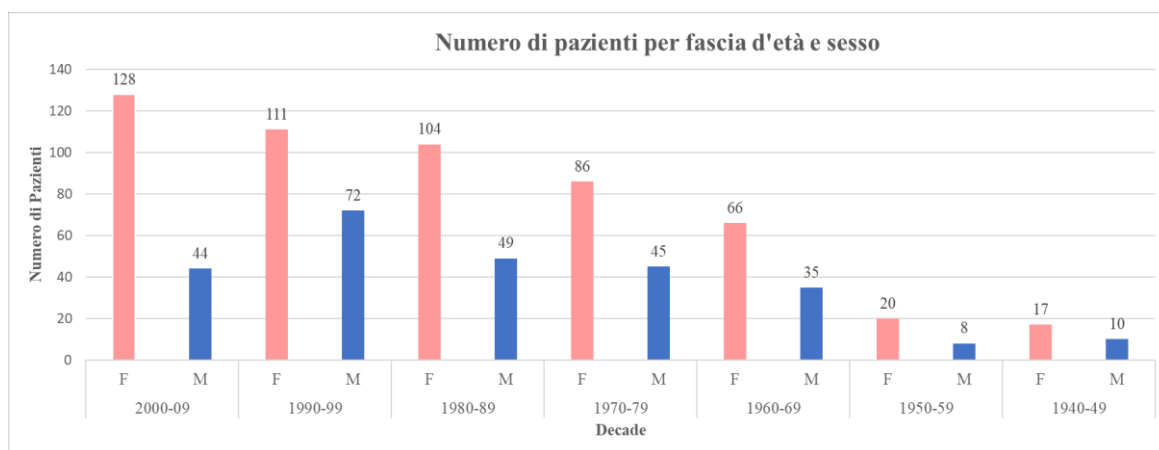


Figura 6: numero di pazienti per fascia di età e sesso.

Nella Figura 7 sono rappresentati gli accessi suddivisi per codice di priorità:

- Codice bianco: 65,75 persone (6,31%);
- Codice verde: 831,5 persone (79,80%);
- Codice azzurro: 39,50 persone (3,79%);
- Codice giallo: 97,33 persone (9,34%);
- Codice rosso: 7,91 persone (0,76%).

### Percentuale Accessi per Codice Priorità

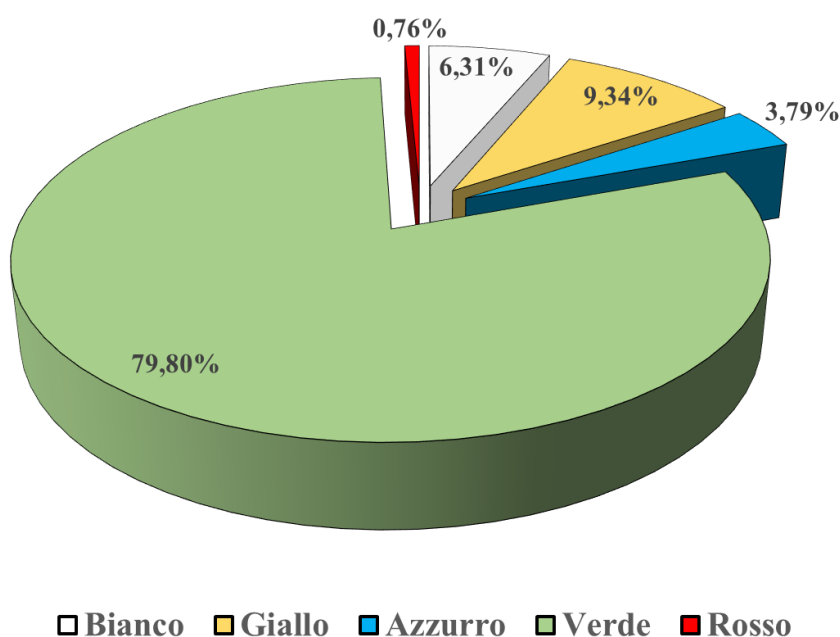


Figura 7: accessi suddivisi per codice di priorità.

Dopo l'assegnazione del codice di priorità, le persone accedono all'ambulatorio per la visita da parte del medico che decide di sottoporre gli assistiti ad ulteriori accertamenti rispetto alla sintomatologia riportata. Dalla raccolta dati è emerso che, secondo normativa vigente, le persone sono state sottoposte al test antigenico rapido per la ricerca del Covid 19; ai pazienti che hanno riferito dolore toracico, epigastralgia, cardiopalmo, parestesie e vertigini sono stati eseguiti: ECG all'ingresso, RX torace, esami ematici (emocromocitometrico, glicemia, creatinina, sodio, potassio, GPT, GOT, tempo di Protrombina, tempo di



Tromboplastina parziale, lipasi, amilasi), a volte TC cerebrale, un ulteriore ECG di controllo ed eventuale consulenza psichiatrica.

Il tempo di permanenza al Pronto Soccorso è stato calcolato da un minimo di 0:15 min in una persona che si è presentata per la stessa sintomatologia due volte nella stessa giornata, ad un massimo di 18h:49 min in un paziente con crisi di panico associata ad ipokaliemia, che ha stazionato in Osservazione Breve Intensiva. La durata media di permanenza è di circa 4h:22min: 39 pazienti hanno abbandonato il PS prima di completare gli accertamenti o prima della visita medica riferendo di sentirsi meglio.

A quasi tutti i pazienti è stata somministrata terapia farmacologica e i farmaci maggiormente utilizzati sono per lo più a base di benzodiazepine (delorazepam, diazepam). La maggior parte di loro sono già seguiti da uno specialista (psicologo o psichiatra) e assumono regolarmente al domicilio antidepressivi come il trazodone o escitalopram.

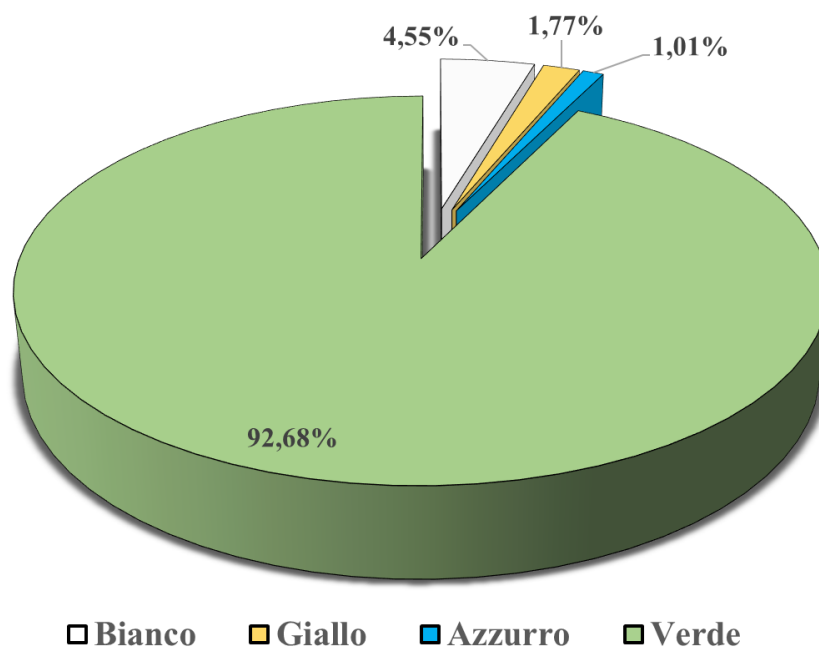
Dei n°1042 accessi, n°1031 si sono conclusi con la dimissione e le persone sono state indirizzate al proprio medico di famiglia; due di questi hanno rifiutato il ricovero; sono stati ospedalizzati 11 pazienti.

Nella Figura 8 è rappresentato il codice colore attribuito alla dimissione:

- Codice bianco: 46,91 persone (4,55%);
- Codice verde: 955,5 persone (92,68%);
- Codice azzurro: 10,41 persone (1,01%);
- Codice arancio: 18,25 persone (1,77%);
- Nessun codice rosso.

---

### Percentuale Dimissioni per Codice Priorità



---

Figura 8: dimissioni suddivise per codice di gravità.

## 5. DISCUSSIONE

Gli accessi nei tre Pronto Soccorso presi in esame, sono coerenti con quanto presente in letteratura (“The Prevalence of patients with panic attacks (PAs) and panic disorder (PD) visiting Emergency Departments of the Verona Hospital” (La prevalenza di pazienti con attacchi di panico (PA) e disturbo di panico (PD) che si recano al Pronto Soccorso dell'Ospedale di Verona) di Majori, S., et al. del 2016). Lo studio retrospettivo ha raccolto i dati di 1042 accessi per un totale di 795 persone, 261 maschi e 534 femmine con un rapporto femmine-maschi di 2,04:1, in linea con il trend nazionale e mondiale; inoltre le persone hanno ripetuti accessi per lo stesso disturbo nell’arco degli anni; il picco per Pesaro è stato nel 2021 con 141, per Fano il 2022 con 180 e per Urbino il 2022 con 34 accessi: in letteratura è descritto che il disturbo da attacco di panico si sta rivelando una delle conseguenze più frequenti in epoca post-Covid (Iacobelli, E., 2023). Si evince quindi che all’interno della nostra provincia, l’incidenza degli accessi in pronto soccorso è in aumento, così come riportato dalle statistiche nazionali ed è di 2,95 casi ogni 100.000 abitanti, basata sulla popolazione media residente che al 2021 risulta essere 349.818 (ISTAT, 2021).

Sono stati trasportati con il servizio 118 in totale 345 pazienti (161 Fano, 154 Pesaro e 30 Urbino). Una chiamata ricevuta al 112 mette in movimento diverse figure professionali:

- l’operatore che preleva la chiamata e la inoltra alla Centrale Operativa 118;
- l’infermiere che, secondo dispatch, assegna il codice colore di intervento;
- l’operatore radio che allerta la Potes di riferimento e trasmette il servizio;
- l’equipaggio della Potes composto da autista soccorritore e infermiere, più raramente dal medico, che intervengono secondo quanto comunicato dalla Centrale Operativa, con tutti i rischi annessi ad un intervento eventualmente effettuato in emergenza;

oltre alle suddette figure, in Pronto Soccorso si trovano:

- l’infermiere di triage al quale il paziente viene affidato;
- l’infermiere e il medico dell’ambulatorio per la prima visita medica;
- l’infermiere dell’OBI che deve proseguire il monitoraggio clinico;

- il personale addetto al trasporto di campioni di sangue, pazienti ecc.
- tecnico di radiologia per l'esecuzione delle indagini diagnostiche;
- medico radiologo per la refertazione delle immagini radiologiche.

Tutte queste figure che ruotano intorno a un paziente con un attacco di panico o un disturbo di panico sono impegnate per almeno 4 ore di permanenza media; la persona con disturbi di ansia è costretta a stazionare in mezzo ad altre persone e ciò può ulteriormente aggravare il disturbo. Inoltre vengono utilizzate risorse farmacologiche, elettromedicali, sanitarie di varia natura e informatiche. I pazienti hanno accessi ripetuti nel tempo (1,36 volte/anno) e ciò può essere riconducibile alla mancata presa in carico della persona da parte di strutture adeguate del territorio. In letteratura vengono riportati documenti che evidenziano l'importanza di affrontare l'isolamento sociale fornendo risorse della comunità o appoggiandosi a gruppi di supporto. La prescrizione sociale è una pratica comune in cui i professionisti aiutano i pazienti ad accedere a fonti di supporto non cliniche all'interno della comunità. Ciò può avvenire facilitando il loro coinvolgimento nelle organizzazioni di volontariato e nei gruppi comunitari in generale o facilitando il riferimento specifico a organizzazioni comunitarie che affrontano direttamente l'isolamento sociale. Gli approcci psicoterapeutici per ridurre l'isolamento sociale hanno incluso la terapia cognitivo comportamentale e approcci basati sulla consapevolezza, che mostrano l'efficacia nel ridurre la solitudine e migliorare le interazioni sociali. La ricerca suggerisce che gli individui soli interpretano le interazioni sociali in modo più negativo e hanno maggiori probabilità di percepire le minacce sociali rispetto a coloro che non sono soli (Donovan, N. J., et al 2020).

L'impatto sanitario ed economico di questo tipo di accessi è confermato anche dalla codifica di priorità assegnata al triage: il 79,80% riceve il codice verde di accesso, il 98,95% di pazienti viene dimesso (n°1031) di cui il 92,68% con lo stesso codice colore di ingresso.

Infine, come anche riportato in letteratura (GBD, 2017) le persone prese in considerazione, presentano diversi disturbi correlati e vari fattori di rischio che

determinano una compromissione della qualità di vita, in linea con i dati mondiali.

Un corretto e tempestivo riconoscimento dei criteri diagnostici degli attacchi di panico è fondamentale per iniziare un trattamento adeguato e migliorare la qualità della vita dei pazienti colpiti da questo disturbo.

Il primo professionista della salute con cui le persone, che si recano al Pronto Soccorso, sia in autonomia che tramite 118, vengono a contatto è, il più delle volte l'infermiere: eseguendo la valutazione iniziale con la raccolta di tutti i dati è in grado di riconoscere i segni e sintomi tipici dell'attacco di panico e più spesso si trova ad affrontare in autonomia tali situazioni e a prendersi carico di queste persone; è importante quindi che conosca i fattori eziologici più frequenti, inclusi i fattori situazionali e la storia personale, per identificare le cause o le situazioni specifiche.

La valutazione dei sintomi fisici e comportamentali come l'aumento della frequenza cardiaca, la sudorazione e l'irrequietezza, deve essere integrata con un accurato esame obiettivo e fisico al fine di escludere tutte quelle condizioni cliniche che potrebbero presentarsi con sintomi simili all'ansia (Bhatt, N.V., Bienenfeld, D., 2019). L'ansia può essere scatenata da farmaci, abuso di sostanze, traumi, esperienze infantili o disturbi di panico (Chand, S. P., Marwaha, R., 2023).

Durante un attacco di panico l'assistito può temere per la propria vita: rassicurarlo sulla sua sicurezza e protezione poiché gli attacchi di panico possono regredire spontaneamente entro 20-30 minuti; la calma e le tecniche comunicative di empatia, congiuntamente all'ambiente consono, permettono la risoluzione della problematica (Bhatt, N.V., Bienenfeld, D., 2019).

Potrebbe essere efficace insegnare a riconoscere i segni e sintomi di ansia crescente e i modi per interrompere la progressione (ad esempio, tecniche di rilassamento, esercizi di respirazione profonda, esercizi fisici, passeggiate veloci, jogging e meditazione): riconoscere i primi segnali di un'escalation dell'ansia,

permette ai pazienti di imparare a gestire i sintomi e impedire che diventino più gravi, con la percezione dell'auto-controllo sulla propria ansia. Tali sintomi possono portare alla sensazione di morte imminente per problemi cardiaci o respiratori che conducono le persone al pronto soccorso (Bhatt, N.V., Bienenfeld, D., 2019). A tal fine è necessario incoraggiare la partecipazione dei pazienti a tali esercizi di rilassamento, comprese l'immaginazione guidata e meditazione, affinché possano raggiungere il migliore stato di benessere; tali pratiche risultano più efficaci se eseguite in contesti naturali (Montero-Marin, J. et al., 2017).

Promuovere un coping efficace e valutarne le strategie: la ricerca supporta l'idea che la capacità di coping gioca un ruolo importante nell'adattamento ai fattori di stress. Pertanto, l'uso efficace di strategie di coping può proteggere una persona dai fattori psicologici e sociali associati allo sviluppo dell'ansia (Wen Li & Miller, 2020).

Promuovere il consumo di una dieta equilibrata e un'adeguata idratazione e l'esercizio fisico: i benefici di uno stile di vita sano sono stati ampiamente accertati per ridurre e proteggere dallo sviluppo di disturbi d'ansia e depressione e dalla loro sostenibilità (Batsikoura, M. et al., 2021) (Pelletier et al., 2017); inoltre promuovere la cessazione del fumo e la riduzione del consumo di alcol considerati maggiormente associati al disturbo d'ansia. I sintomi acuti di astinenza dalla nicotina possono aumentare l'ansia (Christensen, 2021).

L'infermiere con le sue capacità relazionali può incoraggiare il sostegno sociale, soprattutto da parte dei familiari, al fine di un maggior adattamento alle situazioni stressanti. A causa del loro status unico nell'interazione con i familiari dei pazienti, possono adottare misure costruttive per aiutare queste famiglie (Batsikoura, M. et al., 2021).

L'infermiere ha un ruolo importante anche nell'educazione dei pazienti sulla gestione dei farmaci e le strategie di auto-aiuto: insegnare a valutare la stanchezza, la sonnolenza e i disturbi cognitivi, effetti collaterali comuni delle benzodiazepine. L'uso cronico di benzodiazepine può essere associato a tolleranza, astinenza e ansia emergente dal trattamento. Il rischio di dipendenza

dalle benzodiazepine dovrebbe essere attentamente considerato prima dell'uso nei disturbi d'ansia. Sottolineare che è necessaria una riduzione graduale quando si interrompe la somministrazione di una benzodiazepina. Una brusca interruzione può causare il ripetersi dell'ansia (Bhatt, N. V., Bienenfeld, D., 2019); infine valutare gli effetti del trattamento di mantenimento a lungo termine con farmaci di mantenimento (Lenze, E.J., Wetherellb, J.L., 2022).

Considerando le difficoltà nel reperire in maniera univoca i dati degli assistiti oggetto dello studio a causa della difformità della codifica della patologia da parte dei medici delle diverse strutture ospedaliere prese in esame, è possibile che non tutte le persone affetta da PA e PD siano state incluse nello studio.

## 6. CONCLUSIONI

Gli attacchi di panico rappresentano un disturbo d'ansia invalidante che colpisce milioni di persone in tutto il mondo. Questi episodi improvvisi e intensi di paura e disagio possono causare una vasta gamma di sintomi fisici e psicologici, spesso con un notevole impatto sulla qualità della vita del paziente ed un elevato costo per la sanità. La comprensione approfondita di questo disturbo è di fondamentale importanza per fornire un'assistenza adeguata ai pazienti e contribuire al ripristino delle attività quotidiane e delle interazioni sociali.

Studiare gli attacchi di panico permette quindi di venire a conoscenza delle cause sottostanti, di riconoscerne le manifestazioni cliniche e di ampliare la gamma di strategie per la gestione di essi a lungo termine. Inoltre, approfondire l'approccio infermieristico rivolto alla prevenzione e alla gestione di tali attacchi, potrebbe migliorare il benessere emotivo dei pazienti e ridurre il rischio di recidiva e la diminuzione di assunzione di psicofarmaci; la formazione del personale sanitario specifica sugli attacchi di panico potrebbe produrre un'assistenza più competente e personalizzata con una razionalizzazione sia dei trattamenti più efficaci sia dei costi sanitari. Approfondire lo studio degli interventi terapeutici efficaci nel trattamento degli attacchi di panico su evidenze scientifiche, potrebbe permettere ai sanitari di offrire ai pazienti una presa in carico globale con percorsi di cura integrati rivolti sia agli aspetti fisici che psicologici.

La conoscenza degli interventi preventivi e di quelli terapeutici potrebbe abbassare il carico economico associato agli accessi in pronto, alle indagini strumentali, all'uso di farmaci e alle visite specialistiche

Una diagnosi precoce può evitare che il disturbo si aggravi e consentire un trattamento adeguato che contrasti la cronicizzazione del disturbo; parlare di attacchi di panico potrebbe sensibilizzare l'opinione pubblica e ridurre lo stigma sociale associato ai disturbi mentali. Una maggiore consapevolezza sociale



potrebbe contribuire a migliorare la comprensione e il supporto verso le persone affette da attacchi di panico.

Oltre alle politiche adottate a livello comunitario, diverse iniziative sono state adottate dai Paesi europei a livello nazionale nel ultimo periodo:

- Annunciato a febbraio, il Governo italiano ha varato a luglio 2022 il “bonus psicologo” destinato ad aiutare le persone con disagio psicologico conseguente alla pandemia e in difficoltà economica. Tale agevolatore economico permetteva di poter accedere a professionisti privati in quanto i servizi di salute mentale non sono stati più in grado di evadere le richieste arrivate.
- In risposta all'enorme domanda registrata (in 2 giorni sono pervenute oltre 100.000 domande), sono state destinate risorse aggiuntive stanziato ad agosto, portando il totale delle risorse nazionali a 25 milioni di euro.
- A partire da aprile 2022, i cittadini francesi di 3 anni e più, a determinate condizioni, possono beneficiare di un pacchetto di 8 sedute gratuite all'anno presso uno psicologo rimborsato dal Servizio sanitario nazionale.
- Nel 2022, il Regno Unito ha lavorato a un nuovo piano decennale intergovernativo per la salute mentale e Benessere, apertura di una consultazione pubblica.
- Gli obiettivi del piano sono prevenire le malattie mentali e migliorare il sostegno alla salute mentale in tutto il paese e mettere la salute mentale e fisica su un piano di parità.
- Nel 2021, il Consiglio delle parti sociali svedese ha annunciato che offrirà formazione sulla salute mentale a 270.000 persone dipendenti pubblici il cui carico di lavoro è stato influenzato dalla pandemia di coronavirus.
- Nel dicembre 2021, la Spagna ha annunciato un nuovo piano da 100 milioni di euro per migliorare la situazione della salute mentale (il primo in 12 anni). Le misure includono un supporto telefonico per la prevenzione del suicidio attiva 24 ore su 24.

Data la diffusione dei disturbi d'ansia a livello mondiale e in particolare degli attacchi di panico e tenuto conto che la sua incidenza è andata aumentando in questi anni, si ritiene fondamentale l'investimento dei governi in progetti di

prevenzione primaria per abbassare lo stigma sociale e ridurre l'incidenza; progetti di prevenzione secondaria che prevedano la formazione del personale sanitario e di prevenzione terziaria con il rafforzamento dei servizi di diagnosi e cura.

## 7. BIBLIOGRAFIA

- American Heart Association.(2021). Anxiety is linked with smoking – but how is still hazy. <https://www.heart.org/en/news/2021/01/22/anxiety-is-linked-with-smoking-but-how-is-still-hazy#:~:text=%22It's%20this%20perpetual%20loop%20feeding,at%20the%20University%20of%20Houston>
- American Psychiatric Association. “Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali”, quinta edizione, text revision DSM-5-TR, 2023, Raffaello Cortina Editore, Milano, pagg 255-256, 280-282, 288-291
- ANSA. (2022). Italiani sempre più ansiosi, crisi d'ansia per il 79% nell'ultimo mese. [https://www.ansa.it/canale\\_saluteebenessere/notizie/sanita/2019/03/03/italiani-sempre-piu-ansiosi-crisi-per-79-nellultimo-mese\\_84a70abc-2cf6-423d-a75f-4a6495716201.html#:~:text=indagare%20quanto%20abituamente,di%20aver%20non](https://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/sanita/2019/03/03/italiani-sempre-piu-ansiosi-crisi-per-79-nellultimo-mese_84a70abc-2cf6-423d-a75f-4a6495716201.html#:~:text=indagare%20quanto%20abituamente,di%20aver%20non)
- Arango, C., Starace, F. (2022). Headway – Mental Health Index 2.0 - Report. <https://www.euractiv.com/section/health-consumers/opinion/headway-mental-health-report-a-new-roadmap-in-mental-health/>
- Asselmann, E., Wittchen, H. U., Lieb, R., & Beesdo-Baum, K. (2016). Risk factors for fearful spells, panic attacks and panic disorder in a community cohort of adolescents and young adults. *Journal of affective disorders*, 193, 305-308. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.046>
- Batsikoura, M., Zyga, S., Tzavella, F., Sachlas, A., & Rojas Gil, A. P. (2021). Anxiety Status and Coping Strategies in Association with Sociodemographic Factors, Dietary and Lifestyle Habits in Greece. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 17, 152–160. <https://doi.org/10.2174/1745017902117010152>
- Bhatt, N. V., Bienenfeld, D. (2019, March 27). Anxiety Disorders: Background, Anatomy, Pathophysiology. Medscape Reference <https://emedicine.medscape.com/article/286227overview?form=fpf#showall:~:text=Background,of%20excessive%20fear>

- Borwin Bandelow e Sophie Michaelis (2015) Epidemiologia dei disturbi d'ansia nel 21° secolo, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17:3, 327-335, DOI:10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow
- Chand, S. P., & Marwaha, R. (2023). Anxiety. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- COVID-19 Mental Disorders Collaborators (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet* (London, England), 398(10312), 1700–1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- De Jonge, P., Roest, A. M., Lim, C. C., Florescu, S. E., Bromet, E. J., Stein, D. J., Harris, M., Nakov, V., Caldas-de-Almeida, J. M., Levinson, D., Al-Hamzawi, A. O., Haro, J. M., Viana, M. C., Borges, G., O'Neill, S., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Gureje, O., Iwata, N., Lee, S., ... Scott, K. M. (2016). Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. *Depression and anxiety*, 33(12), 1155–1177. <https://doi.org/10.1002/da.22572>
- De Jonge, P., Roest, A. M., Lim, C. C., Florescu, S. E., Bromet, E. J., Stein, D. J., Harris, M., Nakov, V., Caldas-de-Almeida, J. M., Levinson, D., Al-Hamzawi, A. O., Haro, J. M., Viana, M. C., Borges, G., O'Neill, S., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Gureje, O., Iwata, N., Lee, S., ... Scott, K. M. (2016). Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. *Depression and anxiety*, 33(12), 1155–1177. <https://doi.org/10.1002/da.22572>
- European Climate and Health Observatory, Climate ADAPT. (2022). Mental health effects. <https://climateadapt.eea.europa.eu/en/observatory/evidence/health-effects/mental-health-effects>
- GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study

2017. *Lancet* (London, England), 392(10159), 1789–1858.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
- Iacobelli Eleonora. (2023). Attacchi di panico in aumento: ecco sintomi e cause «Donne più a rischio».
  - Istituto Superiore di Sanità. (2022). Disturbo di panico. <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/d/disturbo-di-panico>
  - Leach-Kemon Katherine, Santomauro Damiano, Ferrari Alize, Syailendrawati Ruri, 9 dicembre 2021, Global Burden of Disease (GBD) IHME <https://www.thinkglobalhealth.org/article/seismic-shift-mental-health-care-covid-19>
  - Lenze, E.J., Wetherell, J.L., A lifespan view of anxiety disorders Una visión de los trastornos ansiosos a lo largo de la vida; Une perspective sur la vie entière des troubles anxieux, VA San Diego Healthcare System e University of California, San Diego, California, USA Pages 381-399 | Published online: 01 Apr 2022 <https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.4/elenze>
  - McDevitt-Murphy, M. E., Luciano, M. T., & Zakarian, R. J. (2018). Use of ecological momentary assessment and intervention in treatment with adults. *Focus*, 16(4), 370-375. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20180017>
  - Ministero della salute, 118 e Pronto Soccorso 2 maggio 2022, <https://www.salute.gov.it/portale/prontoSoccorso/dettaglioContenutiProntoSoccorso.jsp?lingua=italiano&id=1190&area=118%20Pronto%20Soccorso&menu=vuoto&tab=1>
  - Ministero della Salute. (2022). Salute mentale. <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=171&area=salute%20mentale&menu=vuoto#:~:text=La%20salute%20mentale%20%C3%A8%20parte,di%20malattia%20o%20di%20infermit%C3%A0%22>.
  - Montero-Marin, J., Garcia-Campayo, J., López-Montoyo, A., Zabaleta-del-Olmo, E., & Cuijpers, P. (2018). Is cognitive-behavioural therapy more effective than relaxation therapy in the treatment of anxiety disorders? A

- meta-analysis. *Psychological Medicine*, 48(9), 1427-1436.  
doi:10.1017/S0033291717003099
- Nancy J. Donovan, Dan Blaze, Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Review and Commentary of a National Academies Report, *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, Volume 28, Issue 12, 2020, Pages 1233-1244, ISSN 1064-7481 <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.08.005> (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1064748120304425>)
  - Olaya, B., Moneta, M. V., Miret, M., Ayuso-Mateos, J. L., & Haro, J. M. (2018). Epidemiology of panic attacks, panic disorder and the moderating role of age: Results from a population-based study. *Journal of affective disorders*, 241, 627-633. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.069>
  - Pelletier, L., Shamila, S., Scott B., P., & Demers, A. (2017). Self-management of mood and/or anxiety disorders through physical activity/exercise. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada : Research, Policy and Practice*, 37(5), 27–32.
  - Srivastava, S., Shekhar, S., Bhatia, M. S., & Dwivedi, S. (2017). Quality of Life in Patients with Coronary Artery Disease and Panic Disorder: A Comparative Study. *Oman medical journal*, 32(1), 20–26. <https://doi.org/10.5001/omj.2017.04>
  - Ströhle, A., Höfler, M., Pfister, H., Müller, A. G., Hoyer, J., Wittchen, H. U., & Lieb, R. (2007). Physical activity and prevalence and incidence of mental disorders in adolescents and young adults. *Psychological medicine*, 37(11), 1657–1666. <https://doi.org/10.1017/S003329170700089X>
  - TUTTITALIA.IT. (2021). <https://www.tuttitalia.it/marche/provincia-di-pesaro-urbino/statistiche/popolazione-andamento-demografico/>
  - Wendy Wen Li & Daniel J. Miller (2017) The impact of coping and resilience on anxiety among older Australians, *Australian Journal of Psychology*, 69:4, 263-272, DOI: 10.1111/ajpy.12152
  - Zimmermann, M., Chong, A. K., Vechiu, C., & Papa, A. (2020). Modifiable risk and protective factors for anxiety disorders among adults: A systematic review. *Psychiatry research*, 285, 112705. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112705>