



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**Gli echi della pandemia di COVID-19 sulla salute mentale dei
professionisti della sanità: una revisione della letteratura**

Relatrice:

Dott.ssa Simonetti Valentina

Tesi di Laurea di:

Rigoglioso Fortunata

A.A. 2019/2020

*A mio fratello Marco... Vorrei fossi qui.
Ad alcuni cioè non a tutti.
E neppure alla maggioranza, ma alla minoranza.
A tutti coloro che hanno il coraggio di restare umani.
Non siamo nati soltanto per noi stessi.*

Fortunata

INDICE DEI CONTENUTI

INTRODUZIONE	4
CAPITOLO 1 - QUADRO TEORICO.....	7
1.1 Cosa sono i Coronavirus e il confronto con l'epidemia di SARS del 2003	7
1.2 Cenni epidemiologici.....	8
1.3 Trasformazioni strutture ospedaliere	9
1.4 Dispositivi di protezione individuale.....	10
CAPITOLO 2 - IMPATTO PSICOLOGICO DEL CORONAVIRUS	12
2.1 Problematiche psico-fisiche durante la pandemia	12
2.2 Panoramica su Wuhan e la Cina	14
2.3 Gli Stati Uniti e la gestione della pandemia	17
2.4. Il coronavirus: una prospettiva europea.....	19
2.5 L'impatto psicologico in Italia	21
2.6 La resilienza.....	25
CAPITOLO 3 - REVISIONE DELLA LETTERATURA.....	28
Introduzione.....	28
3.1 Obiettivo	29
3.2 Materiali e metodi.....	29
3.3 disegno dello studio	29
3.4 Criteri di inclusione ed esclusione.....	29
CAPITOLO 4 – RISULTATI.....	30
4.1 Raccolte dati e Timeline	31
4.2 Problematiche psicologiche generali percepite dagli operatori sanitari e confronto con SARS e MERS	34
4.3 Cina ed altri paesi asiatici.....	34

<i>4.4 Stati Uniti d’America</i>	35
<i>4.5 Il contesto europeo: Regno Unito e Spagna</i>	35
<i>4.6 L’Italia</i>	36
<i>4.7 La resilienza</i>	37
<i>4.8 Il burnout, il suicidio e la percezione degli operatori sanitari come eroi</i>	37
CAPITOLO 5 – DISCUSSIONE DEI RISULTATI	39
CAPITOLO 5 - CONCLUSIONI	40
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	43

INTRODUZIONE

Nel momento in cui si è posta la questione della scelta di un argomento rilevante per la stesura del presente lavoro di tesi, è stato inevitabile volgere lo sguardo al fenomeno che sta scuotendo ogni aspetto del nostro vivere quotidiano: stiamo, chiaramente, facendo riferimento alla pandemia di COVID-19 che imperversa da mesi nella maggior parte del globo. Guardare indietro alla vita prima del coronavirus oggi e pensare alle cose che giornalmente davamo per scontato è del tutto surreale: passeggiare per le strade gremite di gente durante i fine settimana, andare al cinema, farsi strada con difficoltà per raggiungere le prime file ad un concerto ed innumerevoli altre azioni per cui, normalmente, non avremmo fatto secondi pensieri. La parola “normale” sembra aver perso ogni significato, specialmente in questo 2020, un anno che sarà impossibile ricordare senza parlare del famigerato virus che ha stroncato, almeno fino ad oggi, le vite di più di un milione di persone, e che promette di non lasciarci ancora per lungo tempo, come possiamo supporre alla luce del nuovo, vertiginoso aumento di contagi di quest’autunno.

È appunto per l’enorme rilevanza della tematica che la scelta del quesito su cui impostare l’elaborato è ricaduta nell’orbita del nuovo coronavirus. Se poi andiamo a focalizzare l’attenzione sull’approccio adottato nella formulazione di tale quesito, le opzioni principali erano due: quello clinico e quello psicologico. Dato che al primo dei due è dedicata la maggior parte degli studi disponibili nelle banche dati utilizzate per la ricerca bibliografica utile alla stesura dell’elaborato, è stato naturale approcciarsi al secondo. L’altro lato della medaglia, in altre parole l’aspetto psicologico della pandemia, ha, di fatto, attratto meno studiosi. Pertanto, l’argomento su cui si tenta qui di fornire una panoramica più o meno esaustiva è quello dell’impatto psicologico che il COVID-19 ha sul mondo dei sanitari, che sono stati chiamati a fronteggiare il virus e, anche se impreparati, ad adattarsi alla radicale e brusca trasformazione dell’ambiente e del carico di lavoro, per non parlare della responsabilità che deriva dal rischio di contagiare familiari, amici e chiunque altro venga a contatto con loro.

Nel primo capitolo di questa tesi introdurremo brevemente al lettore le principali caratteristiche del nuovo coronavirus. La parola “nuovo” non è casuale qui: sappiamo, infatti, che il COVID-19 non è il primo virus appartenente al ceppo dei CoV con cui abbiamo avuto a che fare. La SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) appartiene alla stessa famiglia di virus che provocano, tra le altre cose, sindromi respiratorie. Il primo paragrafo dell’elaborato conterrà pertanto un breve confronto tra i due coronavirus sotto l’aspetto epidemiologico. A questo segue una *timeline* in cui vengono ripercorsi tutti i momenti chiave della pandemia secondo il resoconto dell’Organizzazione Mondiale della

Sanità, dai primi contagiati nella città di Wuhan in Cina alla diffusione del virus in altri paesi asiatici, fino all'arrivo del COVID negli Stati Uniti e in Europa. Naturalmente, uno sguardo più attento viene riservato all'Italia, che già dai primi di marzo si è piazzata ai primi posti tra i paesi del mondo con più contagiati, almeno fino al vertiginoso e inarrestabile picco di casi che ha interessato gli Stati Uniti. Con il terzo paragrafo, il focus si sposta sulle trasformazioni più ovvie che sono avvenute nel mondo della sanità in seguito alla pandemia: stiamo parlando degli ospedali temporanei che sono stati costruiti prima a Wuhan e, successivamente, negli altri paesi colpiti dal virus, e della creazione di nuovi posti di terapia intensiva per accogliere i pazienti più gravi. Nel quarto ed ultimo paragrafo parliamo del disagio più lampante che ha interessato gli operatori sanitari alle prese con la gestione dell'emergenza: la mancanza di DPI (dispositivi di protezione individuale). Questi rappresentano indubbiamente l'unico scudo tra il virus e lo staff ospedaliero, pertanto la frequente mancanza di mascherine ed altri DPI costituisce il maggiore fattore di rischio per la sicurezza degli operatori sanitari. Concludere il primo capitolo dell'elaborato con i cenni fatti sulla carenza dei dispositivi di protezione è sembrato il modo più adeguato per introdurre la questione attorno a cui ruota il lavoro di tesi, ossia l'enorme stress a cui è sottoposto il mondo della sanità ai tempi del coronavirus.

Il secondo capitolo è, dunque, dedicato all'impatto psicologico del virus sui professionisti della sanità. Il primo paragrafo si occupa di enumerare le principali problematiche sorte durante lo scoppio di epidemie/pandemie come la SARS, la MERS e, in ultimo, il COVID-19. Studi fatti sulla base di tale confronto dimostrano come la gestione di tali emergenze provochi sintomi psicologici simili nei membri di uno staff ospedaliero, tra cui ricordiamo stress, ansia, depressione, PTSD, sindrome di burnout, insonnia ed altri. Nel secondo paragrafo discutiamo in dettaglio della situazione in Cina ed in altri paesi asiatici, in cui si è tentato per la prima volta di adottare strategie efficaci per proteggere la salute mentale degli operatori sanitari attraverso sedute di gruppo e supporto psicologico telefonico. Come dimostrato dagli studi che prenderemo in considerazione, tuttavia, molti preferivano vie autonome per affrontare lo stress a cui erano sottoposti giornalmente, ad esempio facendo ricorso a post motivazionali sui Social Network. In ultimo, viene dato spazio ai sintomi fisici che preannunciano la presenza dei disagi psicologici di cui abbiamo fatto menzione. Il terzo paragrafo è incentrato sul caso degli Stati Uniti, sull'approccio considerato da molti *discutibile* nei confronti della pandemia e sulla forte impennata di casi e di decessi che ha lasciato gli operatori sanitari come unici testimoni di immagini atroci quasi quanto quelle che pompieri e soccorritori avevano visto a seguito dell'attacco alle Torri Gemelle del 2001. Dopodiché segue un paragrafo dedicato alla situazione europea, con al centro il Regno Unito e la Spagna, che oggi stanno vivendo un picco della pandemia quasi peggiore di quello di marzo e si trovano a fare i conti con la necessità di proteggere categorie più a rischio, come il personale sanitario di etnie minoritarie nel caso del Regno Unito e i

professionisti di genere femminile nel caso della Spagna. Uno spazio a parte è riservato alla pandemia in Italia, che in seguito alla generale negligenza delle regole di prevenzione di luglio e agosto, sta tornando a seminare il panico, soprattutto nelle regioni del mezzogiorno, in cui si registrano casi di numero maggiore rispetto ai mesi precedenti. Infine, un ultimo paragrafo conclude la trattazione con un resoconto delle strategie proposte da numerosi studiosi per contrastare l'insorgere di problematiche psicologiche a lungo termine come la sindrome di burnout e la PTSD.

Sulla scia di quest'ultima affermazione, lo studio si pone, come già specificato, lo scopo di analizzare gli effetti psicologici del COVID-19 sul mondo della sanità che lotta ogni giorno per contenere l'emergenza e fornire ai contagiati le cure migliori, tuttavia, non si può negare che esso presenti almeno una inevitabile limitazione, ossia l'impossibilità di inquadrare esattamente quali saranno le suddette problematiche a lungo termine, per quanto tempo persisteranno e in che modo andranno ad impattare sulla performance degli operatori sanitari in futuro. Perciò, l'elaborato si concentra principalmente sui sintomi psicologici che compaiono nel presente, lasciando agli studiosi il compito di dedicare ulteriori studi su come si evolverà la salute mentale di medici, infermieri e altre figure che operano nel mondo della sanità anche dopo il rientro dell'emergenza da coronavirus.

CAPITOLO 1 - QUADRO TEORICO

1.1 Cosa sono i Coronavirus e il confronto con l'epidemia di SARS del 2003

I coronavirus (CoV) sono una vasta famiglia di virus respiratori. Si tratta di virus a RNA positivo che vengono chiamati così per le punte a forma di corona presenti sulla loro superficie.

Non è certo la prima volta che sentiamo parlare dei coronavirus: basti pensare all'epidemia di Sindrome Respiratoria Acuta Grave (SARS, dall'inglese Severe Acute Respiratory Syndrome) comparsa in Cina nei primi mesi del 2003 e classificata dall'OMS come la prima malattia infettiva grave del Ventunesimo secolo (WHO). Tuttavia, come puntualizzato da A. Wilder-Smith, l'epidemia di SARS "è stata posta sotto controllo nel luglio del 2003, nel giro di 8 mesi. Nonostante 26 paesi abbiano riportato la presenza di casi, la maggior parte erano concentrati in cinque paesi o regioni: Cina, Taiwan, Hong Kong, Singapore e Toronto" (Wilder-Smith et al. 2020: 102-103). In altre parole, l'epidemia è stata rapidamente debellata grazie al distanziamento e a strategie atte ad evitare il contatto e, di conseguenza, il contagio tra persone. Dall'articolo menzionato si evince che i due tipi di coronavirus (SARS e COVID-19) hanno parecchi elementi in comune, dall'omologia dei due virus al metodo di trasmissione (Wilder-Smith A, et al. 2020: 102). Ciononostante, strategie adottate in passato per contenere l'epidemia di SARS quali, ad esempio, la quarantena e il distanziamento non hanno sortito lo stesso effetto per il COVID-19 che sopravvive ancora oggi in Italia nonostante l'esteso periodo di *lockdown* a cui è stato sottoposto il paese nei mesi di marzo, aprile e maggio. Certo è che i numeri sono meno preoccupanti per il momento, ma non hanno mai toccato lo zero dall'inizio di marzo, inoltre bisogna tenere in considerazione che paesi come gli Stati Uniti, benché in maniera meno omogenea, hanno anch'essi adottato la misura della quarantena eppure ancora oggi si registrano migliaia e migliaia di casi ogni giorno con un numero di vittime a dir poco preoccupante.

Dunque, sebbene il caso della SARS sia stato oggetto di attenta osservazione, avendo causato più di 8000 contagi in diversi paesi e alcune centinaia di morti, nessun precedente avrebbe potuto preparare adeguatamente il mondo alla violenta ed improvvisa ondata del nuovo coronavirus, che si è diffuso a macchia d'olio su scala globale lasciando a bocca aperta sanitari e non per la sua imprevedibilità e infettività.

Andando nello specifico sulla sintomatologia del virus, i pazienti colpiti accusano sintomi similinfluenzali quali febbre, tosse secca, dolori muscolari, astenia, difficoltà respiratorie. L'infezione può anche portare, nei casi più gravi, a polmonite, sindrome respiratoria acuta grave, insufficienza renale, fino alla morte. I coronavirus umani si trasmettono da una persona infetta a un'altra per via

aerea, contatti diretti personali e più raramente attraverso una contaminazione fecale. Il periodo di incubazione del virus va dai due ai quattordici giorni, mentre il periodo infettivo può iniziare uno o due giorni prima della comparsa dei sintomi con una contagiosità maggiore durante la fase sintomatica.

Il Ministero della Salute (Ministero della salute 2020) raccomanda l'adozione delle seguenti misure di prevenzione per il contenimento della diffusione del virus:

- Evitare il contatto ravvicinato con persone infette attraverso una distanza fisica di almeno 1 metro.
- Lavarsi spesso le mani.
- Evitare i luoghi affollati, gli ambienti chiusi con scarsa ventilazione.
- Utilizzare protezioni delle vie respiratorie (mascherine) come misura aggiuntiva alle altre misure di protezione individuale igienico-sanitarie.

1.2 Cenni epidemiologici

Come abbiamo avuto modo di accennare nell'introduzione a questo lavoro di tesi, sono passati ormai più di sei mesi dall'annuncio del direttore generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità Tedros Adhanom Ghebreyesus con cui il COVID-19 venne classificato come *pandemia*. Nel periodo compreso tra gennaio e marzo, il virus è infatti passato dallo status di sindrome influenzale sconosciuta e limitata a paesi asiatici come la Cina, da cui si è sviluppata, la Corea del Sud e il Giappone, a fenomeno diffuso a livello globale con un indice di contagio altissimo.

Se consultiamo il sito web dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, le prime informazioni contenute nella *timeline* aggiornata al 30 luglio 2020 risalgono al 31 dicembre dello scorso anno, quando la Commissione Sanitaria Municipale di Wuhan, una città cinese di circa 11 milioni di abitanti, riporta notizie di una polmonite virale di natura sconosciuta. Il 5 gennaio di quest'anno l'OMS riporta il primo caso di decesso a seguito della polmonite e appena quattro giorni dopo le autorità cinesi informano l'OMS che i casi di polmonite verificatisi a Wuhan sono causati da un nuovo Coronavirus. La prima metà di gennaio vede l'esportazione del virus prima in Thailandia e poi in Giappone, mentre il 21 gennaio si registra un primo caso negli Stati Uniti, a prova che, proprio come la SARS, il virus ha una chiara capacità di diffondersi lungo le rotte aeree internazionali (WHO 2020). Il 23 gennaio la città di Wuhan viene chiusa e messa in quarantena, mentre il team dell'OMS è chiamato a determinare se il nuovo coronavirus costituisce una Emergenza Sanitaria Pubblica di Portata Internazionale (PHEIC), decretando sul momento che le informazioni sul virus erano ancora

insufficienti per prendere la suddetta decisione. Dieci giorni dopo, a seguito dell'aumento dei casi e della rapidissima diffusione del nuovo coronavirus anche in altri paesi del mondo, l'OMS dichiara ufficialmente lo stato di emergenza (WHO 2020).

La fine di gennaio segna anche l'inizio dell'inevitabile diffusione del COVID-19¹ nei paesi europei. Il primo paese europeo a registrare dei casi di coronavirus è la Francia, che segnala la presenza di tre persone che hanno contratto il virus, tutte provenienti da Wuhan. Il 23 gennaio è, invece, la data d'inizio dell'era del COVID-19 in Italia, con l'arrivo a Roma di due turisti provenienti dalla Cina. Poco dopo, ricordiamo il primissimo focolaio nel comune di Codogno in provincia di Lodi. Il mese di febbraio porta con sé un aumento vertiginoso dei casi, mettendo in evidenza il nostro paese come uno tra i più colpiti dall'epidemia. Con l'annuncio da parte dell'OMS di dichiarata pandemia e il progressivo peggioramento dell'emergenza sanitaria, ormai fuori controllo in quasi tutte le regioni italiane, il governo italiano abbandona l'approccio alla quarantena per zone isolate e annuncia l'inizio del *lockdown* per limitare al minimo il rischio di contagio. Il *lockdown*, conclusosi il 18 maggio con l'inizio della Fase 2, ha contribuito al calo dei contagi e al contenimento dell'emergenza: tra giugno e luglio, infatti, il numero dei contagi giornalieri si è ridotto a poche centinaia, con meno persone in terapia intensiva e un numero maggiore di asintomatici che ha fatto pensare ad un indebolimento del virus.

Purtroppo, come stiamo avendo modo di vedere in questi ultimi due mesi, con la fine del *lockdown* si sono spesso verificati episodi di negligenza verso le regole di contenimento del virus seguite da un inevitabile nuovo aumento dei casi. Ad oggi, l'Italia si trova di fronte ad una nuova sfida con la riapertura delle scuole e la ripresa totale delle attività lavorative e sociali, che comporta l'apparizione sempre più frequente di *cluster* che fanno presagire un nuovo picco dell'emergenza e un nuovo rafforzamento del virus, come dimostrato dall'aumento di casi che richiedono assistenza ospedaliera.

1.3 Trasformazioni strutture ospedaliere

Il dato attraverso cui ci accorgiamo in modo più lampante di quanto grande sia l'impatto del COVID-19 è da riscontrare nell'ambiente sanitario, che ha subito nel corso di questi mesi un vero e proprio ridimensionamento data la pressione costante sulle strutture ospedaliere e, soprattutto, sulle

¹ Il nome del virus è reso pubblico l'11 febbraio dall'OMS. Secondo la *timeline* già citata, "il nome del virus è stato scelto per evitare imprecisioni e stigma, pertanto non si riferisce ad un particolare luogo geografico, animale o gruppo di persone" (WHO 2020).

terapie intensive. Il numero altissimo di contagiati, specialmente nei mesi di marzo, aprile e maggio, includeva spesso persone in gravi condizioni, che necessitavano di cure specialistiche. Questo ha causato il veloce sovrappopolamento degli ospedali. Oltretutto, trattandosi di un virus ad alto rischio di trasmissione e finora sconosciuto, ospitare gli infetti in un normale contesto ospedaliero avrebbe messo a rischio pazienti affetti da altre patologie che, come è noto, sono più suscettibili di contagio. È questo il motivo per cui, a partire da Wuhan, luogo in cui il virus è apparso per la prima volta, sono stati creati degli “ospedali temporanei” in cui trasportare gli infetti per non contagiare gli altri pazienti presenti nelle strutture preesistenti. C. Chen e B. Zhao riportano che già “il 19 febbraio il governo cinese ha trasformato 13 luoghi pubblici di grandi dimensioni nella città di Wuhan (provincia di Hubei) in ospedali temporanei per i pazienti che hanno contratto il COVID-19” (Chen&Zhao 2020: 98). Come vedremo, anche nel nostro paese sono state adottate simili procedure, con la creazione di spazi adibiti alla cura del virus in sicurezza e l’introduzione di procedure straordinarie nei pronto soccorso degli ospedali mirate al contenimento della pandemia.

Il primo caso di ospedale temporaneo in Italia è quello della struttura aperta a Milano nei pressi della zona che ospitava la Fiera, trasformata in uno spazio in grado di accogliere 600 posti letto per far fronte al sovraccarico delle strutture ospedaliere (Gallera 2020). Come riportato in un articolo del corriere della sera, “si tratta di una struttura che prevede speciali container attrezzati con i letti e la strumentazione necessaria [...] per il personale, si calcolano almeno 500 medici e 1200 infermieri spalmati su più turni” (Gallera 2020). Sulla scia della struttura di Milano, in tutta Italia sono progressivamente apparsi altri “Covid Hospitals”, individuati anche in ospedali preesistenti che sono specialmente dedicati all’accoglienza di pazienti affetti dal nuovo coronavirus. Senza queste strutture, il sistema sanitario, specialmente nei paesi del mezzogiorno, non sarebbe stato in grado di contrastare l’emergenza e di accogliere tutti i pazienti che necessitavano di impellenti cure e di particolari condizioni per evitare un’ulteriore diffusione del virus.

Un altro elemento da tenere in considerazione è che la creazione degli ospedali temporanei non è stata l’unica strategia adottata dal Ministero della Salute per contrastare l’emergenza coronavirus: anche gli ospedali hanno subito delle trasformazioni, con il potenziamento delle terapie intensive per accogliere un maggior numero di pazienti.

1.4 Dispositivi di protezione individuale

Una delle questioni che rimane aperta circa le strutture temporanee e, in generale, riguardo la situazione degli operatori sanitari è quella della sicurezza. Come invocato da Chen e Zhao nell’articolo già citato, il contagio di 1716 operatori sanitari nella struttura temporanea a Wuhan ha

evidenziato la questione della sicurezza dello staff ospedaliero come di fondamentale importanza. Al fine di garantire la salvaguardia del personale sanitario, si è vista la necessità di fornire dispositivi di protezione individuale (DPI) in quantità e qualità adeguate.

Per dispositivo di protezione individuale si intende qualsiasi attrezzatura atta a salvaguardare la persona che li utilizza da rischi per la salute e per la propria incolumità. I dispositivi di protezione individuale più utilizzati sono: guanti, occhiali, visiere, mascherine, tute, camici et al. A causa del sovraccarico sulle strutture ospedaliere, dell'elevato numero di contagiati e di operatori sanitari coinvolti nella gestione della pandemia, si è evidenziata fin dall'inizio una carenza dei dispositivi di protezione. Se volgiamo l'attenzione al caso italiano, la situazione non è diversa, come mostrato da un sondaggio distribuito tramite Social Media ad operatori in tutta Italia e curato da C. Felice (et al.). Su un totale di 527 partecipanti, il 77% ha confermato la presenza di dispositivi di protezione. Di questi, solo il 22% ha ritenuto la quantità e la qualità di tali DPI sufficiente. In più, è emerso che i dispositivi di protezione erano messi a disposizione in misura più ampia nei reparti a rischio (es. le terapie intensive), mentre erano meno presenti in altri reparti (Felice & Di Tanna 2020: 678).

La questione della mancanza dei DPI ha posto al centro dell'attenzione dei media e della popolazione tutta il problema della sicurezza del personale sanitario. Nell'articolo di R. McDougall e L. Gillam il focus è di natura etica, con al centro casi quali, ad esempio, quello dell'Australia, in cui numerosi medici generici non hanno potuto avere accesso ai DPI poiché la priorità andava agli ospedali (McDougall & Gillam 2020: 1). Questo e molti altri casi hanno dimostrato che ai tempi di una pandemia come quella del COVID-19 la categoria degli operatori sanitari è messa costantemente al fronte dell'emergenza e, pertanto, è a rischio, non solo a livello fisico, ma anche e soprattutto a livello psicologico. Proprio quest'ultimo aspetto, che rappresenta il nucleo di questo breve elaborato, sarà trattato nel capitolo successivo.

CAPITOLO 2 - IMPATTO PSICOLOGICO DEL CORONAVIRUS

2.1 Problematiche psico-fisiche durante la pandemia

L'insorgere di un virus rappresenta un'enorme minaccia per l'intera popolazione mondiale, come abbiamo visto negli ultimi vent'anni in diversi casi, dalla SARS del 2003 alla MERS (Middle East Respiratory Syndrome) del 2012, fino al virus Ebola apparso nel 2014 (Kisely 2020: 1). Simili circostanze si sono verificate con il COVID-19: la rapida diffusione del virus ha, come già specificato, trasformato radicalmente non solo la società ma anche il sistema sanitario globale. Tuttavia, se facciamo un confronto, in particolare, con l'epidemia di SARS, ci accorgiamo che la situazione è molto più preoccupante, poiché anche dopo il *lockdown*, che diversi paesi del mondo hanno ritenuto strumento necessario per debellare il virus, stiamo assistendo ad un nuovo picco di contagi in questo autunno. La mancanza di efficacia del *lockdown* ha contribuito ad aumentare il già esistente panico non solo tra le masse, ma anche, e in maniera più significativa, tra i sanitari, che temono una nuova ondata, il sovraccarico di lavoro, il rischio di essere contagiati e, di conseguenza, di contagiare familiari ed amici.

Nonostante il focus dei media in questi mesi sia stato principalmente quello della pandemia, un aspetto non egualmente posto al centro dell'attenzione è quello dell'impatto psicologico che la pandemia ha avuto e continua ad avere. L'improvviso e brusco freno sulla vita di tutti i giorni causato dal *lockdown*, "la scarsità delle risorse professionali, di presidi che garantiscano la sicurezza del personale e di adeguati ed attrezzati luoghi di cura con cui i sanitari si sono trovati a far fronte alla pandemia", l'allarmismo e la mancanza di chiarezza da parte non solo dei media, ma anche dei medici sulla natura del virus e sui metodi per evitarlo e il numero crescente di vittime sono tra i fattori che hanno contribuito al manifestarsi di problematiche quali ansia, depressione, PTSD (post-traumatic stress disorder) e, in alcuni casi, suicidio (Torales 2020: 318). Ancor più della popolazione, questi disordini hanno coinvolto gli operatori sanitari, che si sono trovati in prima linea nella lotta al virus.

Di seguito riportiamo un grafico che mostra le problematiche psichiche più frequenti in tempi di pandemie, ponendo a confronto i tre casi di SARS, MERS e COVID-19. Lo studio da cui è ricavato il grafico è la prima meta-analisi incentrata sui principali disturbi psichici legati all'esposizione dell'operatore sanitario alle varie epidemie degli ultimi due decenni (Salazar de Pablo 2020: 48).

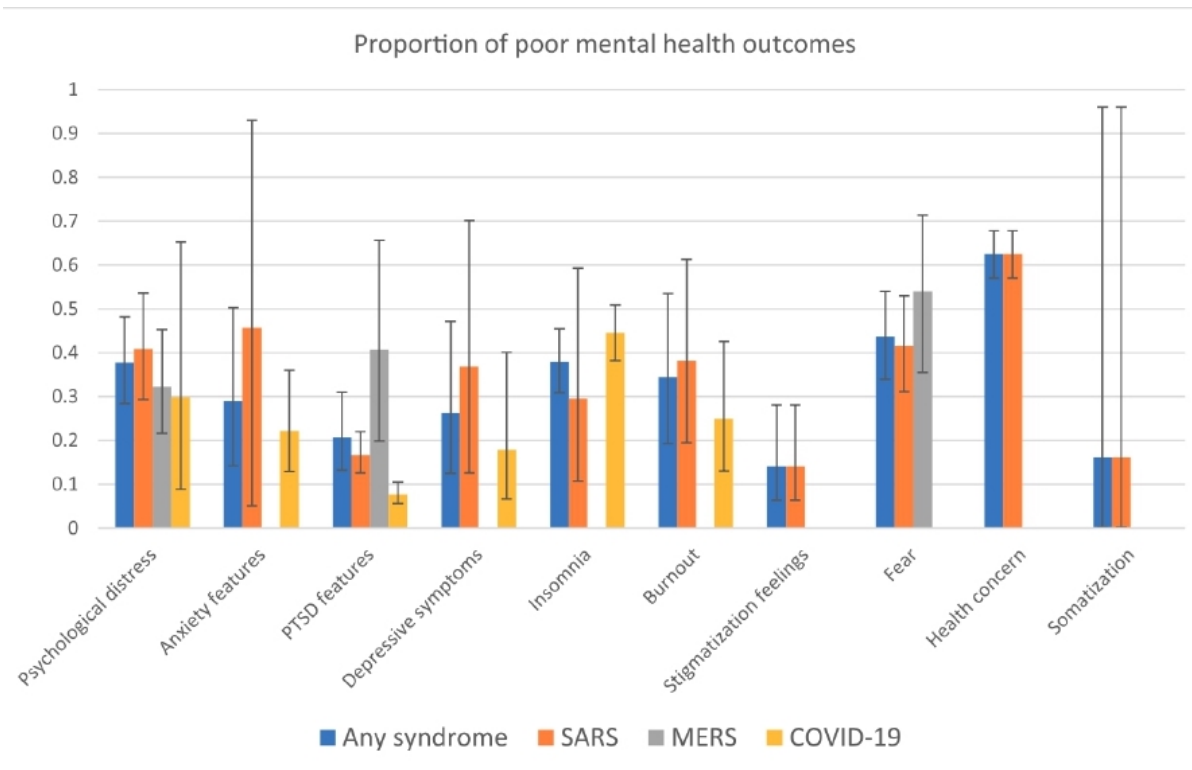


Fig. 3. Top 10 Most frequently reported mental health outcomes in HCW exposed to SARS/MERS/COVID-19.

Il grafico in questione (Salazar de Pablo 2020: 53) indica le principali problematiche psicologiche che colpiscono gli operatori sanitari in seguito ad epidemie: stress psicologico, ansia, PTSD (lett. Post-Traumatic Stress Disorder, tradotto come Disturbo Post-Traumatico da Stress), depressione, insonnia, burnout, stigmatizzazione, paura, preoccupazione per le condizioni di salute e somatizzazione. Il primo e più evidente disturbo secondo le percentuali fornite dall'articolo sopracitato è la preoccupazione per la propria salute, che, soprattutto dopo gli stadi iniziali di un'epidemia raggiunge percentuali altissime (88.6%) per poi mitigarsi con la fine delle fasi critiche. Il secondo sintomo in ordine di frequenza è la paura, con una percentuale del 43.7%. Subito dopo troviamo lo stress psicologico e l'insonnia: quest'ultima, in particolare, è una condizione psicologica che lo studio rileva in percentuale doppia negli operatori sanitari (37.9%) rispetto alla popolazione generale (18.2%). Come spiega l'autore, la mancanza di sonno può essere causata dai lunghi turni e dal carico di lavoro durante le epidemie (o pandemie). Una presenza inevitabile nell'elenco delle problematiche psicologiche legate all'insorgere di epidemie è di sicuro quella del burnout, (34.4%) già parecchio frequente nei lavoratori in condizioni ordinarie e ritrovato in numero più significativo negli infermieri a contatto prolungato con pazienti affetti da MERS. Seguono ansia (29.0%) e sintomi legati alla depressione (26.3%). Anche se non riportato espressamente nel grafico, un altro fenomeno frequente e già riscontrato nei primi mesi della pandemia di COVID-19 è quello del suicidio. Altri

disturbi citati sono la PTSD, nonostante le percentuali siano basse nel caso del COVID-19 (cioè, secondo l'autore, giustificabile se pensiamo che i sintomi da PTSD si presentano di solito in un secondo momento) e somatizzazione al 16.1% (Salazar de Pablo 2020: 54).

2.2 Panoramica su Wuhan e la Cina

Il primo passo prima di occuparci nel dettaglio della natura delle problematiche appena elencate è quello di porre lo sguardo su dove per la prima volta si è riscontrata la presenza di tali disagi: stiamo, ovviamente, facendo riferimento alla Cina. Per far ciò sembra opportuno focalizzarsi su uno studio curato da Q. Chen (Chen et al. 2020) incentrato principalmente sullo staff medico e infermieristico del “Second Xiangya Hospital of Central South University”, ovvero il centro in cui è stata indirizzata la maggior parte dei pazienti sospetti di aver contratto il virus. L'autore riporta che, dopo aver constatato l'altissimo livello di stress e pressione dei professionisti in carico dei contagiati, l'ospedale, in collaborazione con l'Istituto di Salute Mentale e il Centro di Ricerca in Psicologia Medica, ha stilato un progetto di supporto psicologico per lo staff articolato in tre passi: istituire un team medico che si occupi di somministrare corsi online dedicati alla gestione di comuni problemi psicologici; creare una linea di assistenza psicologica telefonica; svolgere attività di gruppo per rilasciare lo stress accumulato (Chen et al. 2020: e15).

Nonostante la prontezza dell'ospedale non solo nel notare il problema, ma soprattutto a gestirlo, l'autore dell'articolo mette in risalto l'esistenza di difficoltà riscontrate in relazione al progetto. Tra queste, ricordiamo in particolare la riluttanza da parte del personale medico e infermieristico a partecipare ad attività individuali o di gruppo: molti infermieri hanno mostrato irritabilità, incapacità di riposare e segni di stress psicologico, pur sostenendo di non avere alcun problema (Chen et al. 2020: e15). Per lo staff, la paura di essere contagiati non era un cruccio immediato quanto quello di non far preoccupare, o peggio, contagiare le proprie famiglie, anche a causa della scarsità di equipaggiamento adeguato alla gestione degli infetti, questione a cui si è già fatto riferimento nel primo capitolo di questo elaborato. Un altro problema espresso dal personale è quello dell'incapacità di gestire l'ansia e il panico dei pazienti in cura per via della natura perlopiù ancora sconosciuta del virus.

Già durante l'epidemia di SARS del 2003 si erano riscontrate le stesse problematiche: come si evince da un altro studio preso in esame, “lo stress psicologico nello staff infermieristico è apparso in maniera graduale: paura ed ansia sono immediatamente apparsi e diminuiti negli stadi iniziali dell'epidemia, mentre depressione, sintomi psicofisiologici e PTSD hanno fatto la loro comparsa

dopo e sono perdurati per lungo tempo, portando a conseguenze profonde” (Kang et al. 2020: 12). Lo studio appena menzionato fa un’analisi trasversale basata su un questionario somministrato ad una popolazione di 994 partecipanti di cui 183 medici e 811 infermieri. Il questionario è articolato in sei parti: dati personali, valutazione dello stato di salute mentale, rischio di esposizione diretta o indiretta al COVID-19, servizi di assistenza psicologica a cui si è avuto accesso, bisogni psicologici e confronto tra la percezione personale dello stato di salute attuale e antecedente alla pandemia (Kang et al. 2020: 12).

Dei partecipanti, il 36% aveva disturbi trascurabili, il 34.4% disturbi leggeri, il 22.4% disturbi moderati e il 6.2% disturbi gravi (Kang et al. 2020: 13). Nonostante la percentuale alquanto significativa di partecipanti che accusava disturbi, solo il 17.5% ha ritenuto necessario rivolgersi ad un consultorio o ad avviare una terapia psicologica (Kang et al. 2020: 11), mentre il 36,3% ha deciso di avvalersi di risorse consultabili autonomamente come libri di psicologia e il 50,4% ha, invece, preferito consultare materiale accessibile tramite internet da cui ricavare metodi autonomi per affrontare la problematica.

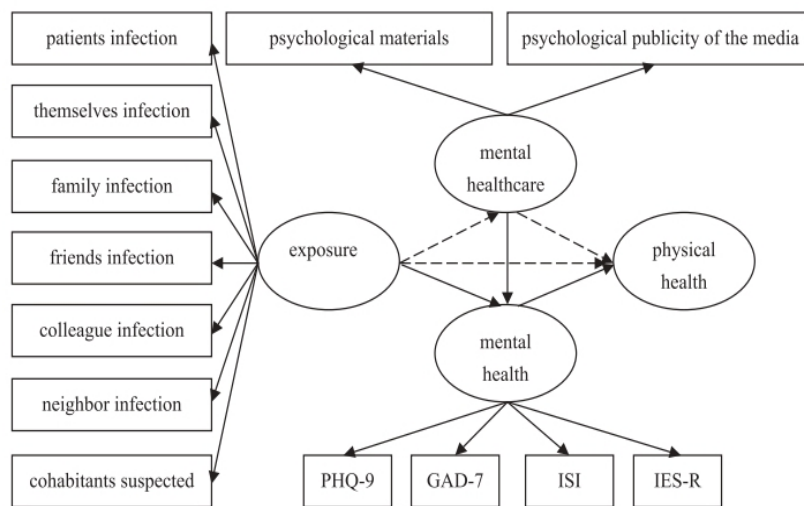


Fig. 1. In this model, the solid line represents a significant relationship between the two, while the dotted line represents the relationship is not significant.

Un altro dato da tenere in considerazione, come mostrato nel grafico sopra, è la stretta correlazione tra l’autopercezione dello stato di salute mentale e l’esposizione ravvicinata al coronavirus, in opposizione all’invece debole rapporto tra l’esposizione e la percezione della salute fisica. L’esposizione al virus è, inoltre, causa di forte stress e paura di contagiare altri pazienti, sé stessi, la famiglia, gli amici e così via.

Per chiudere la breve panoramica che abbiamo fatto in questo paragrafo sulla situazione in Cina, è di fondamentale importanza mettere in evidenza quali sono le categorie maggiormente a rischio per quanto concerne l’impatto psicologico che il COVID-19 ha avuto sullo staff medico e infermieristico.

Come dimostra lo studio fatto da W. Zhang (et al. 2020), esistono quattro categorie che corrono rischi più consistenti: le donne, gli operatori sanitari che stanno in contatto ravvicinato con il virus, quelli che vengono da un ambiente rurale e, infine, quelli che mostrano patologie preesistenti. In particolare, le donne sono soggetti a rischio di sviluppare sintomi riconducibili a depressione ed ansia. Lo studio mostra anche come nell'operatore in continuo contatto con i contagiati sia più probabile il manifestarsi di depressione, ansia, disturbi ossessivo-compulsivi, insonnia e somatizzazione. Un'altra categoria a rischio è rappresentata dai membri dello staff che risiedono in aree rurali: questi, secondo l'analisi portata avanti da Zhang, sono pronti a sviluppare ansia, disturbi ossessivo-compulsivi e somatizzazione. In ultimo, è chiaro che l'esistenza di patologie preesistenti possa condurre a tutte le patologie menzionate in precedenza (Zhang et al. 2020: 245).

Le ragioni dei disagi psicologici a cui sono stati esposti gli operatori sanitari potrebbero essere legate alle innumerevoli difficoltà incontrate nell'ambiente di lavoro, come la conoscenza inizialmente insufficiente del virus, la mancanza di informazioni sui metodi di prevenzione, il carico di lavoro a lungo termine, l'elevato rischio di esposizione a pazienti infetti da COVID-19, la carenza di attrezzature mediche protettive (DPI), la mancanza di riposo e l'essere testimoni diretti della gravità del virus che, come sappiamo, può condurre anche alla morte (Zhang et al. 2020: 248). Esempi di tale disagio sono, come riportato nell'articolo, 16 dei 100 infermieri del Pohang Medical Center nella provincia di North Gyeongsang che si sono dimessi a causa dell'eccessivo carico di lavoro nel tentativo di contenere l'epidemia di COVID-19, come riferito dal Telegraph² (Ryall 2020).

Nella maggior parte dei casi, lo sviluppo di disagi di natura psicologica sorge in seguito alla presenza di alterazioni nello stato di salute degli operatori sanitari. Nel primo studio a cui si è fatto riferimento nel corso di questo paragrafo, incentrato su un numero di operatori sanitari in Cina, l'autore segnala tali *alterazioni* stilando una lista in cui compaiono le più frequenti nel campione di popolazione utilizzato per la ricerca: brividi, tosse, diarrea, dispnea, astenia, febbre, mal di testa, mialgie, nausea, vomito e mal di gola. Il sintomo che in assoluto sembra ricorrere costantemente è la febbre, spesso indicatore di stress e di ansia (Salazar de Pablo 2020: 52-53). In un altro studio, in cui il campione preso in esame è multinazionale, con 906 partecipanti di cui il 55,1% di indiani, seguiti dal 33,7% di etnia cinese e, infine, il 4,8% malese, i sintomi più comuni risultano essere mal di testa (289, 31,9%), mal di gola (304, 33,6%), ansia (242, 26,7%), letargia (241, 26,6%) e insonnia (190, 21,0%). Mentre 302 (33,3%) intervistati non hanno segnalato alcun sintomo entro il mese precedente dalla data di somministrazione del sondaggio, 115 (12,7%) hanno segnalato un sintomo, 113 (12,5%)

² L'articolo, pubblicato il 3 marzo 2020, è consultabile sul sito Web dello UK Telegraph al seguente link: <https://www.telegraph.co.uk/news/2020/03/03/coronavirus-doctors-collapse-exhaustion-virus-spreads-south/>

due, 73 (8,1%) tre e 303 (33,4%) hanno riportato più di quattro sintomi. È rilevante sottolineare che i sintomi erano generalmente di entità lieve (Chew et al. 2020: 561). Il mal di testa è stato il sintomo più comunemente riportato in questo studio. Come sottolinea l'autore, un recente articolo sul mal di testa associato ai dispositivi di protezione individuale tra gli operatori sanitari durante la pandemia di COVID-19 ha dimostrato che l'81% degli intervistati (128/158 partecipanti) ha segnalato cefalee non preesistenti associate a DPI, mentre il 29.1% (46/158) presentava una diagnosi di cefalea preesistente, che, in ultimo, risulta essere fattore di rischio per il mal di testa associato ai dispositivi di protezione (Ong 2020: 867-868). Nello studio multinazionale curato da N.W.S. Chew, i risultati che riguardano l'impatto psicologico del COVID-19 sugli operatori sanitari mostrano la frequenza degli stessi disturbi che abbiamo elencato precedentemente facendo riferimento ad altri studi, dunque depressione, ansia, stress, disagio psicologico, PTSD e simili (Chew et al. 2020: 561-562).

Notiamo quindi che, almeno nel contesto asiatico, che è stato finora oggetto del nostro studio, esiste un *pattern* piuttosto regolare di disturbi che interessano il personale sanitario a contatto con pazienti affetti da COVID-19, spesso, più comunemente, tra gli operatori sanitari non formati dal punto di vista medico rispetto al personale formato dal punto di vista medico (Chew et al. 2020: 562) e causato da diversi fattori, tra cui ricordiamo il rischio di contagio di familiari e amici, il carico di lavoro e la mancanza di DPI. Dopo aver, dunque, sviscerato la situazione asiatica, è doveroso rivolgere lo sguardo verso un altro paese tuttora gravemente colpito dalla pandemia di COVID-19 e la cui gestione dell'emergenza ha suscitato diverse controversie non solo a livello sanitario, ma anche a livello politico: stiamo parlando degli Stati Uniti.

2.3 Gli Stati Uniti e la gestione della pandemia

Tra i paesi più colpiti dalla pandemia di COVID-19 figurano, senza dubbio, gli Stati Uniti d'America. Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, al 1° ottobre 2020, gli USA registrano 7.115.491 casi, con un numero di decessi che ha superato i 200.000 (203.875).³

La situazione degli Stati Uniti è al centro di un ampio dibattito che travalica i confini del paese, prevalentemente per ragioni politiche: è, infatti, opinione diffusa, che l'emergenza non sia stata gestita nel migliore dei modi dalle autorità politiche che, al contrario, hanno mancato e continuano a mancare nella progettazione di un piano adeguato di contenimento del virus che comprenda l'utilizzo di adeguati DPI e di altre misure di prevenzione omogenee. In particolare, la figura dello stesso

³ I dati riportati sono disponibili sul sito Web dell'Organizzazione Mondiale della Sanità alla pagina "WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard" al link <https://covid19.who.int/table>

Presidente ha spesso ribadito la sua posizione contraria nei confronti dell'utilizzo della mascherina e smentito, ripetutamente, il parere di medici e scienziati sulla gravità e la pericolosità del virus. Aldilà delle personali credenze politiche, è innegabile che la mancanza di una *leadership* forte e consapevole dell'enorme portata dell'emergenza ha di sicuro disorientato il paese, provocando episodi ripetuti di inosservanza delle regole di prevenzione e, in numerosi casi, di vere e proprie manifestazioni contro l'utilizzo della mascherina o, addirittura di gruppi che negano l'esistenza stessa del COVID-19.

Non è la prima volta che gli Stati Uniti d'America si trovano di fronte ad un'emergenza inaspettata. Ricordiamo, infatti, gli attacchi terroristici al World Trade Center dell'11 settembre 2001, che hanno causato quasi 3.000 morti. Allora le figure che hanno avuto un ruolo centrale nel contenimento dei danni provocati dall'attentato furono i vigili del fuoco, gli agenti di polizia e altri primi soccorritori. Dopo essere stati intervistati più di un decennio dopo, si è scoperto che quasi il 20% aveva subito un disturbo da stress post-traumatico (PTSD) e il 10% ne soffriva ancora. Sulla scia di questi dati, non è difficile immaginare le conseguenze che causerà la pandemia di Coronavirus sugli operatori sanitari che sono alla *frontline* della nuova emergenza (Charney et al. 2020: 900).

Un primo studio a cui fare riferimento per comprendere l'impatto che la pandemia da COVID-19 ha avuto sugli operatori sanitari è quello curato da A. Pearman (et al.). Le studiose hanno condotto una ricerca sulla base di un questionario somministrato a 90 operatori sanitari provenienti da 35 stati e ad un campione di 90 persone. I risultati del questionario riguardano il periodo che va dal 20 marzo al 14 maggio 2020, ossia il momento in cui abbiamo assistito al primo picco di casi e al *lockdown* (Pearman et al. 2020: 1). Come specifica l'autrice, l'insorgere della pandemia di coronavirus è specialmente pericoloso a livello psicologico per la categoria degli operatori sanitari, non solo in termini di sintomi momentanei, ma soprattutto in termini di disturbi che perdurano nel tempo, come la PTSD. Inoltre, trovarsi al fronte dell'emergenza, e dunque vivere episodi forti, come quelli citati da Charney, che riporta di "immagini strazianti di camion frigo pieni di corpi alla fine della giornata lavorativa" (Charney et al 2020: 900) ha portato lo stress e il rischio di traumi psicologici a livelli inimmaginabili (Pearman et al. 2020: 5). Oltre all'indagine sugli stessi sintomi a cui si è fatto riferimento precedentemente in questo elaborato, un elemento interessante della ricerca condotta da Pearman è l'inserimento del fattore "proactive coping" (coping proattivo). L'articolo conferma che "nel contesto della pandemia COVID-19, le persone ad alto rischio di esposizione al virus e gli operatori sanitari potrebbero trarre particolare vantaggio dall'impegnarsi in strategie di coping proattivo nel tentativo di prevenire l'esposizione a fattori di stress futuri" (Pearman et al. 2020: 2).

I risultati della ricerca mostrano che gli operatori sanitari hanno un livello di sintomi depressivi, ansia, preoccupazione per lo stato di salute, stanchezza, percezione dello stress relativo al COVID-

19 più alti rispetto al campione corrispondente di popolazione. Tuttavia, la popolazione mostra, al contrario, livelli più alti di coping proattivo rispetto al personale sanitario (Pearman et al. 2020: 4).

2.4. Il coronavirus: una prospettiva europea

In un articolo pubblicato il primo aprile sul *Guardian* si legge “il personale dell’NHS⁴ sta realizzando maschere improvvisate con boccagli, acquistando kit dai negozi di ferramenta e usando occhiali scientifici scolastici per proteggersi in previsione di un aumento dei casi di coronavirus. Medici e infermieri hanno affermato di essere stati costretti a improvvisare perché preoccupati per l’accesso a dispositivi di protezione individuale (DPI) adeguati” (Marsh 2020). Questo è lo scenario che viene descritto al lettore durante le primissime fasi della pandemia in Regno Unito: lo staff ospedaliero che, in preda al panico di fronte allo scatenamento dell’emergenza sanitaria, ricorre a mezzi alquanto insoliti per contrastare l’inevitabile carenza di dispositivi di protezione. L’Europa tutta è stata, fin dagli inizi della pandemia, tra i paesi maggiormente colpiti dal virus, a partire dalla Francia, in cui sono registrati i primi contagi nel continente europeo.

Per quanto riguarda il Regno Unito, se a marzo il virus non aveva ancora preso piede in modo rilevante, il mese di aprile è stato caratterizzato da un numero di contagi giornalieri che variava dalle 4000 alle 6000 unità circa che, insieme alle migliaia di morti registrate ogni giorno, mostrava una situazione abbastanza preoccupante. Come riportato dal *Guardian*, il *lockdown* nazionale in Regno Unito è stato indetto il 23 marzo (Stewart et al. 2020) e continua tuttora, a maggior ragione se consideriamo che il mese di ottobre ha portato anche qui una nuova ondata di contagi ben più estesa della prima, nonostante il numero delle vittime sia calato drasticamente per stabilirsi sotto le 100 unità al giorno. Anche qui, le condizioni degli operatori sanitari e della loro salute mentale non forniscono dati molto diversi, come possiamo notare dallo studio curato da N. Shah (et al. 2020) in cui viene esplorato l’impatto psicologico del COVID-19 su un campione di popolazione costituito da ostetrici e ginecologi. Oltre a dati demografici, condizioni di salute mentale attuali ed eventuali patologie pregresse, il questionario si concentra su sintomi legati a depressione ed ansia, utilizzando lo screening per i disturbi depressivi maggiori (MDD) e i disturbi d’ansia generalizzata (GAD). I risultati del questionario mostrano che i tassi di MDD e GAD erano notevolmente più alti negli ostetrici e nei ginecologi rispetto alla popolazione generale. Per quanto concerne le cause di tali disturbi, gli intervistati hanno affermato che il fattore determinante che ha avuto un effetto moderato o molto alto

⁴ National Health Service (Sistema Sanitario nazionale).

sulla salute mentale è da ricercarsi nella necessità di mantenersi costantemente aggiornati sui protocolli e sulle misure da seguire per il contenimento del virus (Shah et al. 2020: 91-92).

Un altro dato da prendere in considerazione quando parliamo del Regno Unito è la presenza di forza lavoro proveniente da altri paesi o di diversa etnia. Questa categoria di persone viene definita attraverso l'acronimo BAME (lett. Black, Asian and Minority ethnic) e comprende tutti gli abitanti del Regno Unito non bianchi. Secondo lo studio scelto per analizzare la tematica in questione, si registra un numero sproporzionato di decessi tra la popolazione di etnia nera e minoritaria: in particolare, il tasso di mortalità rispettivamente di maschi e femmine di etnia nera è di 4.2 e 4.3 volte più alto rispetto allo stesso dato riferito ad individui di etnia bianca (Moorthy et al. 2020: 486). È per questo che il campione di popolazione scelto per lo studio curato da Moorthy conta 372 operatori sanitari BAME, di cui sono stati analizzati i 200 questionari completi ed esclusi i restanti incompleti. Gli intervistati riferiscono nel questionario di percepire un rischio alto di essere contagiati a causa della mancanza di DPI e della non frequenza di test al personale ospedaliero. Da ciò deriva la richiesta di fornire una quantità adeguata di dispositivi di protezione e di essere testati più frequentemente, ma soprattutto di favorire un miglioramento della salute mentale attraverso l'attivazione di strumenti di supporto per migliorare la vita lavorativa degli operatori sanitari di etnia minoritaria, che sono costantemente in prima linea per il contenimento dell'emergenza (Moorthy et al. 2020: 490-491).

L'altro paese europeo più gravemente colpito dal virus è la Spagna. Dopo aver raggiunto un primo picco verso la fine di marzo con più di 9000 contagi e quasi un migliaio di decessi al giorno, la Spagna sta vivendo un nuovo peggioramento della situazione, con una quantità di contagi che supera le 15000 unità giornaliere ed un numero di decessi che oscilla tra i 100 e i 200, e dunque notevolmente superiore a quello di paesi come la Francia, che, nonostante il numero superiore di infetti, si mantiene stabile in merito ai decessi (raramente si supera il centinaio secondo i dati forniti da Google). Un primo studio preso in esame nell'ambito della salute mentale degli operatori sanitari spagnoli ha come obiettivo quello di valutare i livelli di stress, ansia, depressione e disturbi del sonno di professionisti provenienti dalla comunità autonoma dei Paesi Baschi e Navarra, alla luce dei dati raccolti per la Cina in studi come quelli riportati nell'elaborato al paragrafo dedicato. Secondo quanto riportato dagli autori, il 46,7% dei partecipanti al sondaggio ha affermato di soffrire di stress, il 37% di ansia, il 4% di sintomi legati alla depressione e il 28,9% di disturbi del sonno (Dasil Santamaría et al. 2020: 3). Poiché quello appena riportato è il primo studio in cui viene esplorato l'impatto psicologico della pandemia sul personale ospedaliero spagnolo, gli autori propongono di prendere esempio dalla Cina e di introdurre corsi di formazione, di rinforzare i mezzi di sicurezza e di garantire le necessità basilari del personale, come il mangiare e il dormire. Inoltre, si suggerisce di attivare le

stesse misure di cui già abbiamo fatto menzione nei paragrafi precedenti per il caso di Wuhan, dunque terapie di gruppo, visite periodiche dello psicoterapeuta e un servizio di supporto psicologico telefonico, tutte misure fondamentali per evitare l'insorgere di sindromi nel lungo corso (Dasil Santamaría et al. 2020: 6).

Un ultimo studio che chiude questa panoramica sui due paesi europei più colpiti dalla pandemia da COVID-19 analizza un dato di genere. Come riporta l'autrice, "le donne costituiscono fino al 75% della forza lavoro sanitaria in Spagna, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Tra i medici, la percentuale è del 55,5%. Nei lavori meno retribuiti, come quello infermieristico, c'è una chiara segregazione di genere e le donne rappresentano il 75% di quella forza lavoro totale. Ciò significa che in prima linea nella pandemia c'erano più donne che uomini, e quindi le donne sono quelle che soffrono maggiormente di stress psicologico acuto e possibile disturbo da stress post-traumatico dopo la pandemia" (López-Atanes 2020: S243). La Spagna si posiziona al primo posto al mondo per numero di professionisti della sanità contagiati dal COVID-19, pertanto, come fa notare l'autrice, si sono prontamente attivati piani di protezione psicologica per il personale sanitario sull'esempio della Cina. Tuttavia, dato che le donne sono soggette ad un tasso di stress più alto rispetto agli uomini a causa di molteplici fattori, come, ad esempio, "il loro ruolo di custodi, conflitti lavoro-famiglia e disuguaglianza economica" (López-Atanez 2020 S243-244), un approccio di genere è fortemente suggerito.

Vediamo dunque che, come anche in altri paesi del mondo, in Europa non ci sono differenze sostanziali riguardo la situazione psicologica degli operatori sanitari, che, ancora una volta, risultano essere la categoria maggiormente a rischio durante questa pandemia.

2.5 L'impatto psicologico in Italia

Come abbiamo già anticipato nel primo capitolo di questo elaborato, Codogno è stato il primissimo focolaio che ha introdotto l'Italia al nuovo coronavirus e con cui il paese si è rapidamente piazzato ai primi posti tra quelli con il maggior numero di contagiati. Già il 20 febbraio il comune è stato dichiarato "zona rossa" dal governo Conte e sottoposto alla misura della quarantena. Ad oggi, il mese di ottobre sta gettando il paese in una nuova ondata di panico generale dato il repentino aumento dei casi che, da poche centinaia, sono passati alle migliaia. Se diamo uno sguardo agli studi pubblicati nel mese di maggio, infatti, è facile imbattersi in espressioni simili a quella che scrive Claudia Carmassi il 19 maggio, quando afferma che "la fine dell'epidemia di COVID-19 è finalmente in vista" (Carmassi et al. 2020: 3). Dopo il *lockdown* abbiamo effettivamente assistito ad un costante

calo dei casi e dei ricoveri in terapia intensiva, tanto che gli inizi di luglio hanno portato con sé la percezione generale che ci eravamo finalmente lasciati alle spalle l'orribile capitolo del COVID-19 e del *lockdown* a cui l'intero paese era stato sottoposto. Già dall'inizio della cosiddetta Fase 2, cominciata il 18 maggio, abbiamo tutti visto le immagini della gente che ballava per le strade di Milano festeggiando la rinnovata libertà. In tanti hanno digrignato i denti alla vista della negligenza nei confronti delle regole di prevenzione già all'indomani del *lockdown*, e in tanti avevano il sospetto che avremmo subito un ritorno dell'emergenza. In effetti, così è stato: mentre scriviamo, si registrano più di 10000 casi in tutta Italia e si parla di una nuova chiusura delle attività.

Soprattutto nei mesi di chiusura delle attività e di quarantena, il sistema sanitario italiano è stato messo a dura prova dal numero altissimo di contagiati che richiedevano cure che solo un reparto di terapia intensiva poteva fornire e, soprattutto nelle regioni del nord, come abbiamo visto nel caso di Milano, si è dovuto trasformare diverse aree in strutture temporanee in grado di ospitare pazienti affetti da COVID-19.

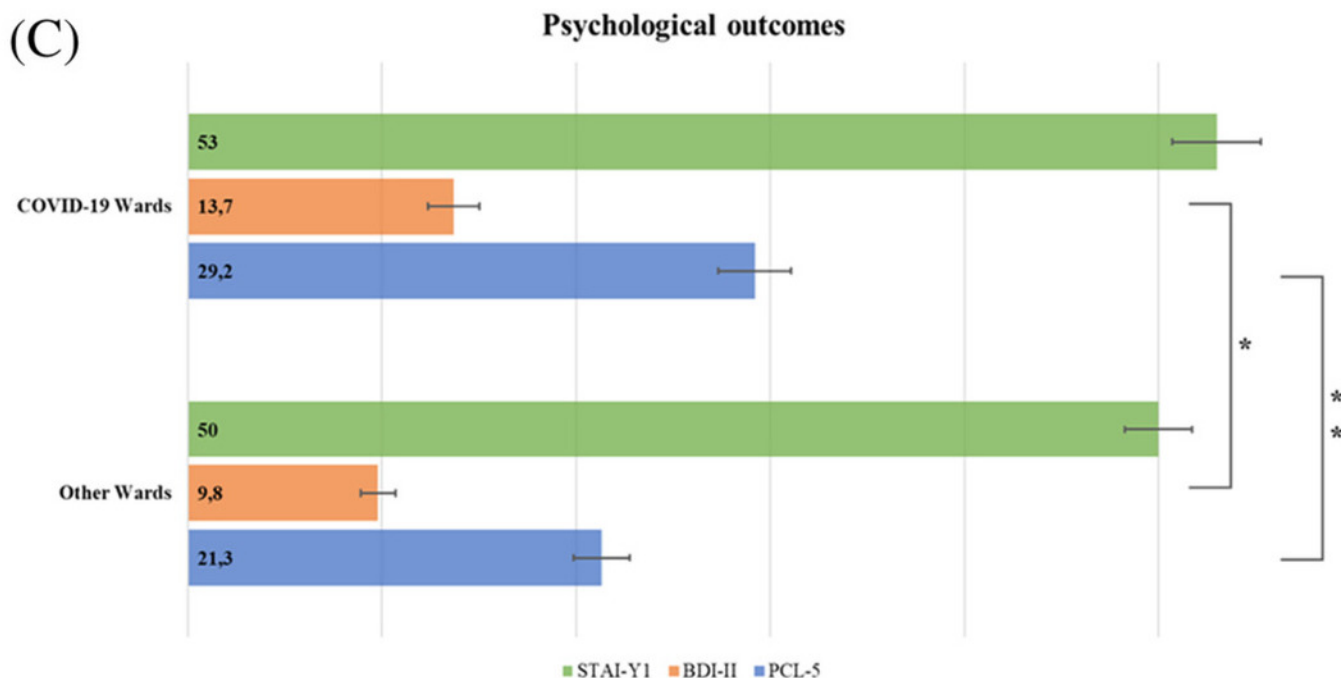
Quando parliamo di sanità in Italia, la situazione è piuttosto eterogenea, data la diversità da regione a regione. Come scrive Carla Felice in un articolo dedicato all'impatto generale che la pandemia ha avuto sugli operatori sanitari in Italia, "esistono profonde differenze in termini di organizzazione e strategie di *management*, che risultano in livelli disomogenei di *performance* tra diversi sistemi sanitari regionali" (Felice et al. 2020: 675). Come sappiamo, con la legge n°502 del 30 dicembre 1992, la regione non può più avvalersi sullo Stato per la gestione dei conti economici del servizio sanitario regionale, per cui, le responsabilità di eventuali disavanzi ricadono sulla singola azienda. Di conseguenza, nel caso del contenimento dell'emergenza da COVID-19, ogni regione ha attivato un protocollo di gestione differente, ed ha quindi osservato risultati parecchio diversi sul piano della *performance*. Per fare un esempio, è risaputo che, rispetto alle regioni settentrionali, il mezzogiorno manca di sufficienti risorse in ambito sanitario, ed è per questo che l'aumento vertiginoso dei casi proprio in una regione del Sud come la Sicilia fa preoccupare, dato che gestire un gran numero di pazienti sarebbe a dir poco arduo.

Tuttavia, al di là delle differenze tra regioni, il dato più allarmante è che, durante il primo picco della pandemia, tra i contagiati, più del 10% erano operatori sanitari, come afferma Felice richiamandosi ad un *report* dell'Istituto Superiore di Sanità del 7 aprile (Felice et al. 2020: 676). Lo stesso dato, al giorno d'oggi, è sceso leggermente al di sotto del 10% (9,61% per la precisione), ma non risulta essere meno preoccupante⁵. È per questo che il virus è stato definito "l'11 settembre dei

⁵ I dati riportati sono disponibili sul sito Web dell'Istituto Superiore di Sanità alla pagina "Dati della Sorveglianza integrata COVID-19 in Italia". <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-dashboard>

sistemi sanitari” (Carmassi et al. 2020: 3). Le ragioni di tali percentuali sono probabilmente da ricercare nella carenza generale di dispositivi di protezione anche nei reparti maggiormente a contatto con gli infetti, soprattutto nei primi mesi della pandemia, in cui abbiamo assistito ad una vera e propria corsa alle mascherine, tanto che le farmacie hanno dovuto fare i conti con scaffali vuoti e clienti che esigevano mascherine FFP2 o FFP3, mentre nei reparti ospedalieri gli stessi dispositivi scarseggiavano. È chiaro che questa, insieme all’accreciuto carico di lavoro e responsabilità che i media hanno posto sulle spalle degli operatori sanitari, ritenuti gli unici in grado di “salvare” l’Italia dalla pandemia, sono tutte ragioni che, come abbiamo visto anche per gli altri paesi di cui abbiamo parlato in modo più approfondito, hanno influito negativamente sulla salute mentale di medici, infermieri e altri operatori, portando all’insorgere di sintomi simili a quelli menzionati nei paragrafi precedenti.

Il primo studio che prenderemo in considerazione presenta un *report* stilato sulla base delle risposte di 145 operatori sanitari, di cui 72 medici e 73 infermieri, ad un questionario online. Quest’ultimo è caratterizzato da domande di natura sociodemografica, clinica, professionale.



Oltre alle suddette domande, al campione della popolazione viene chiesto di compilare un *form* sulla base di diverse scale: la STAI Y1 (State-Trait Anxiety Inventory) per l’ansia, la Scala della Depressione di Beck (BDI-II) e la PTSD Check List (PCL-5). Come possiamo osservare nel grafico sopra, i dati mostrano i livelli di ansia, depressione e sintomi da PTSD a confronto tra gli operatori sanitari che lavorano a stretto contatto con pazienti affetti da COVID-19 e quelli che operano in altri reparti. Guardando il grafico, si nota che lo staff medico ed infermieristico in reparti COVID mostra

livelli più alti per tutti e tre i disturbi (Di Tella et al. 2020: 2-3). Nel trarre le conclusioni dello studio, l'autrice affronta temi come l'inarrestabile diffusione del virus, la mancanza di riposo, la minaccia permanente di essere contagiati, il carico di lavoro, la mancanza di DPI e l'isolamento dalla famiglia come cause che possono non soltanto sviluppare disturbi psicologici a corto raggio, ma anche a sindromi come la PTSD o depressione acuta (Di Tella et al. 2020: 5).

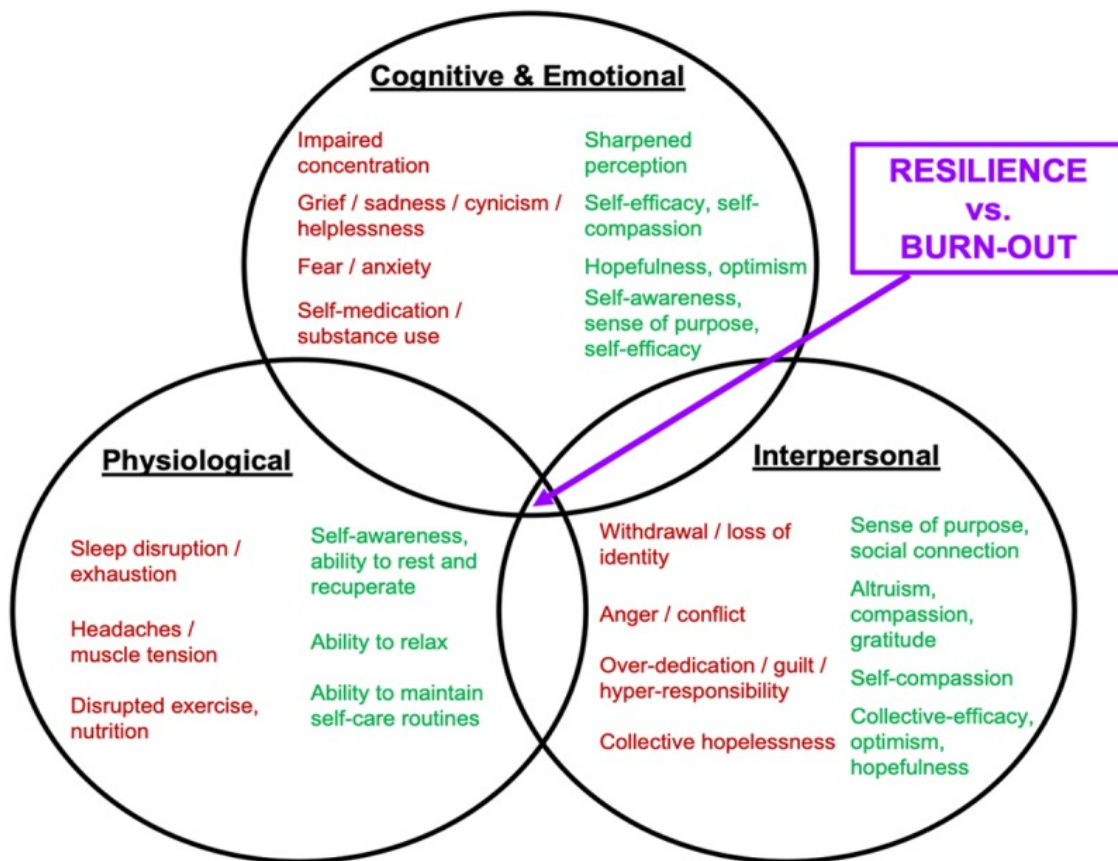
Parlando di disturbi di lungo corso, non si può fare a meno di menzionare la sindrome di burnout, di cui abbiamo fatto degli accenni nelle pagine precedenti specificando che si tratta di un fenomeno che interessa i lavoratori anche in condizioni normali. Il burnout è stato definito come una "risposta prolungata a fattori di stress emotivi e interpersonali cronici, caratterizzata da esaurimento emotivo, depersonalizzazione e mancanza di realizzazione sociale" (Friganović et al. 2019: 21). Secondo Friganović, gli operatori sanitari sono una categoria molto a rischio, specialmente in circostanze in cui il carico di lavoro è superiore al normale: la pandemia di COVID-19 rientra senz'altro nella lista di tali circostanze, come dimostrato finora nell'elaborato. Lo studio scelto per parlare della sindrome di burnout in relazione al coronavirus è stato curato da S. Barello (et al.) e si focalizza in modo particolare sulle manifestazioni del burnout negli operatori sanitari impegnati nella lotta contro il coronavirus, attraverso l'utilizzo del MBI (Maslach Burnout Inventory). La scala di Maslach è caratterizzata dall'individuazione di tre disturbi che si presentano nella vita professionale: l'esaurimento emotivo, la depersonalizzazione e la realizzazione personale. Per la realizzazione dello studio, un campione di popolazione di 1.153 professionisti sanitari italiani è stato invitato a compilare un questionario online. Di questi, 376 partecipanti hanno dichiarato di lavorare a contatto diretto con pazienti affetti dal virus. Per quanto concerne i valori indicati nel MBI, più di 1 su 3 ha mostrato un punteggio elevato di esaurimento emotivo e 1 su 4 ha riportato livelli elevati di depersonalizzazione, mentre solo il 15% circa ha riportato bassi livelli di gratificazione personale (Barello et al. 2020: 1). Attraverso un'indagine di tipo statistico basata sull'indice di correlazione di Pearson, lo studio mostra anche l'esistenza di un collegamento diretto tra sintomi fisici e psicologici: come specifica l'autrice, "il 45% del campione ha sperimentato [...] almeno un sintomo fisico nelle 4 settimane precedenti. In particolare, la maggior parte degli intervistati ha riscontrato una maggiore irritabilità, cambiamenti nelle abitudini alimentari, difficoltà ad addormentarsi e tensione muscolare" (Barello et al. 2020: 1). Tuttavia, il dato che ha maggiore rilevanza ai fini del nostro studio è nei livelli di esaurimento emotivo, che risultano essere più alti rispetto a quelli riscontrati in studi precedenti alla pandemia da COVID-19 (Barello et al. 2020: 3). Ancora una volta, non si può non affermare che il virus non abbia dato un duro colpo ai professionisti della sanità, già soggetti a disturbi psicologici piuttosto gravi in condizioni normali e, a maggior ragione, ancor più vulnerabili durante la pandemia.

Un'ultima osservazione ricade nell'ambito dell'obsolescenza degli studi qui esaminati: molti di questi, infatti, ad esempio quello appena menzionato (Barello et al. 2020), comprendono dati raccolti nelle prime settimane di diffusione del virus, e pertanto non sono in grado di restituire una prospettiva di ampio respiro sull'evoluzione dei sintomi e sullo sviluppo della sindrome di burnout.

2.6 La resilienza

Il termine *resilienza*, a cui spesso si fa ricorso per intendere la capacità dell'individuo di superare situazioni difficili, è stato definito in psicologia come “un processo dinamico che prende forma come un cambiamento che consente di trovare un nuovo equilibrio e di evolversi positivamente durante questo processo di cambiamento, l'individuo sviluppa nuove capacità e un rinnovato senso di efficacia personale e di auto-miglioramento” (Sisto et al. 2019: 745). Secondo lo studio proposto da Cristina Sophia Albott (Albott et al. 2020), la resilienza è il lato della medaglia che fa da controparte al burnout e rappresenta l'unico scudo innato in grado di proteggere l'operatore sanitario dall'insorgere di sindromi in grado di compromettere l'integrità psicologica dei soggetti che sono attualmente sottoposti a livelli altissimi di stress.

Nello schema sottostante (Albott et al. 2020: 3) possiamo vedere quali siano le coppie oppostive di sintomi o manifestazioni di resilienza (segnati in verde) e di burnout (segnati in rosso) divisi in tre sfere, la sfera cognitiva ed emozionale, la sfera fisiologica e la sfera interpersonale. Come abbiamo avuto modo di constatare nel caso dell'Italia, sul piano fisiologico, gli operatori sanitari hanno manifestato, tra gli altri sintomi, cambiamenti nelle abitudini alimentari, difficoltà ad addormentarsi e tensione muscolare (Barello et al. 2020: 1), tutti elencati nel seguente grafico come sintomi di burnout. A questi si oppongono una buona cura di sé stessi e della propria routine alimentare, capacità di rilassarsi e un corretto e sufficiente riposo. Sul piano cognitivo troviamo sintomi riconducibili all'esaurimento emotivo tra i quali mancanza di concentrazione, tristezza, senso di impotenza, paura ed ansia. Al contrario, segni di resilienza sono concentrazione efficace, ottimismo, senso di fiducia in sé stessi e nel proprio operato sul lavoro. Infine, nella sfera interpersonale troviamo sintomi di depersonalizzazione, rabbia, aggravato senso di responsabilità e pessimismo, contrapposti ad un senso di utilità, altruismo, compassione, gratitudine e ottimismo.



Lo schema proposto mostra i segni da ricercare per individuare un'efficace attivazione dei meccanismi di coping necessari alla protezione della salute mentale dell'operatore sanitario. L'autrice suggerisce anche che prendersi cura di sé stessi e tentare in tutti i modi di mantenere integre le proprie abitudini alimentari e del sonno sono tra gli elementi chiave per proteggersi dallo scompenso fisiologico ed emotivo creato dal duro lavoro nella lotta contro il COVID-19.

Tuttavia, come proposto dalla maggior parte degli studi a cui si è fatto riferimento in questo elaborato, è estremamente necessario attivare dei piani di protezione psicologica dell'operatore sanitario per evitare l'insorgere di problematiche a lungo termine. Lo studio di Albott suggerisce di prendere esempio dall'Esercito americano e dal programma "Battle Buddy" (lett. compagno di battaglia). In particolare, il programma "Battle Buddy" è fondato sul principio del *peer support* (lett. supporto tra colleghi) e si pone come scopo quello di non lasciare l'individuo solo nell'affrontare la pressione lavorativa. Il meccanismo fa affidamento sulla comunicazione tra pari e sull'empatia che deriva dall'aver avuto esperienze simili e dall'essere in posizioni uguali (es. capitano con capitano, recluta con recluta). In altre parole, l'idea è quella di appaiare due soggetti che condividono un *background* simile e che, dunque, possono capirsi mutualmente e aiutarsi in caso di difficoltà (Albott 2020: 5). Per usare le parole di Albott, "la filosofia del 'non lasciare nessuno indietro' è fondamentale per impedire che il personale sanitario si senta isolato e per migliorare la connessione sociale. Il

sostegno individuale tra pari consente anche di condividere la propria narrativa, un processo psicologico dal quale gli esseri umani ricavano un senso di autoefficacia e un senso di scopo” (Albott et al 2020: 6). Infine, considerando i soggetti maggiormente a rischio e con un livello di resilienza iniziale basso, la proposta di Albott tiene chiaramente conto di un supporto psicologico professionale costantemente disponibile per coloro che lo necessitano.

Per fare un altro esempio, abbiamo avuto occasione di notare che già a Wuhan sono stati attivati dei protocolli di sicurezza per scongiurare e prevenire l’insorgere di problematiche psicologiche negli operatori sanitari attraverso terapie di gruppo e una linea telefonica di supporto. I problemi riscontrati includono, come sappiamo, la mancanza di cooperazione da parte degli operatori sanitari coinvolti. D’altra parte, nel corso degli anni, sulla base dell’esperienza con la SARS del 2003, sono stati proposti piani per coinvolgere e promuovere la partecipazione dei soggetti interessati, tra i quali vale la pena menzionare i corsi di *training* per sviluppare resilienza fatti a computer (Maunder et al. 2010).

Concludere questa breve trattazione con una panoramica sul ruolo della resilienza durante la pandemia di COVID-19 pare il modo più appropriato per affermare che, indipendentemente dalle evidenti difficoltà e dalle complicazioni portate da eventi come quello, devastante, di un virus globalmente diffuso, le armi per contrastare la tragedia che gli operatori sanitari hanno di fronte ogni giorno e le innegabili conseguenze che questa ha sull’equilibrio psicofisico sono innate alla persona e hanno bisogno di essere riscoperte e usate, insieme all’aiuto professionale che, chiaramente, deve essere fornito all’individuo in difficoltà affinché questo possa superare questo particolare momento storico che continua a mettere alla prova e a tentare di indebolire l’umanità tutta.

CAPITOLO 3 - REVISIONE DELLA LETTERATURA

INTRODUZIONE

Quando, nel gennaio di quest'anno, le prime notizie di un nuovo coronavirus scoperto in Cina hanno iniziato a riempire le pagine di cronaca, nessuno avrebbe potuto prevedere la portata di tale fenomeno, percepito allora come lontano e del tutto estraneo alla realtà del nostro paese. A distanza di mesi da tale impressione iniziale, sarebbe ancora eufemistico affermare che quello stesso virus ha sconvolto ogni aspetto della sanità non soltanto italiana, bensì mondiale. Non è un caso, infatti, che l'11 marzo il direttore generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità Tedros Adhanom Ghebreyesus abbia ritenuto opportuno classificare il COVID-19 come *pandemia*, dichiarando di aspettarsi un'impennata di casi e un ulteriore peggioramento della situazione di emergenza in numerosi paesi del mondo⁶ (WHO 2020). Tuttavia, se gli occhi dell'intera comunità mondiale sono da mesi puntati sulla gravità della malattia da COVID-19 e sull'esito spesso fatale che essa ha sugli infetti, poca è, al confronto, l'attenzione all'impatto psicologico che tale esperienza può avere ed ha sui contagiati, e ancor meno sugli operatori sanitari. La pandemia di COVID-19 rappresenta, infatti una sfida costante non solo per la popolazione, ma soprattutto per gli operatori sanitari che si trovano giornalmente in prima linea nel processo ancora in corso di lotta alla malattia. Non è a caso se, nel corso dell'elaborato, si è fatto riferimento all'espressione "11 settembre dei sistemi sanitari" (Carmassi et al. 2020: 3). L'aumento vertiginoso del numero di contagi da coronavirus ha messo a dura prova l'equilibrio psichico di numerosi professionisti della salute che pur hanno dimostrato grande resilienza nella battaglia contro il virus. La pressione, le condizioni spesso precarie di lavoro e la forte responsabilizzazione sono fenomeni che necessitano di particolare attenzione al fine di prevenire che questi portino a conseguenze gravi, tra cui la sindrome di burnout, la sindrome post-traumatica, la depressione o, in alcuni casi, il suicidio, di cui si è parlato nelle pagine precedenti. Il presente lavoro di tesi si propone quindi di analizzare l'impatto psicologico che il COVID-19 ha avuto e continua ad avere sugli operatori sanitari, partendo dalla situazione in Cina, dando uno sguardo al contesto americano, fino ad arrivare allo scenario europeo, con un focus particolare sull'Italia.

⁶ I dati riportati sono disponibili nel report ufficiale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità compilato in data 11/03/2020 10AM CET. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10

3.1 OBIETTIVO

L'obiettivo del presente elaborato è quello di indagare in che modo l'insorgere della pandemia di COVID-19 ha impattato sulla salute mentale degli operatori sanitari in diversi paesi del mondo, ricercandone le cause, verificandone le manifestazioni e riportando i pareri degli studiosi sulle possibili conseguenze a lungo termine.

3.2 MATERIALI E METODI

Il materiale è stato reperito tramite diverse modalità:

- 1) Ricerca su banche dati online:
 - Medline via PubMed e PubMed Central
- 2) Ricerca su altre fonti bibliografiche:
 - Siti Web e riviste online tramite motore di ricerca generico Google

Relativamente all'interrogazione delle banche dati sono state utilizzate le seguenti parole chiave combinandole con l'operatore booleano "AND": "covid", "stress", "mental health", "healthcare workers", "China", "Wuhan", "United States", "Italy", "Europe", "burnout", "suicide".

3.3 DISEGNO DELLO STUDIO

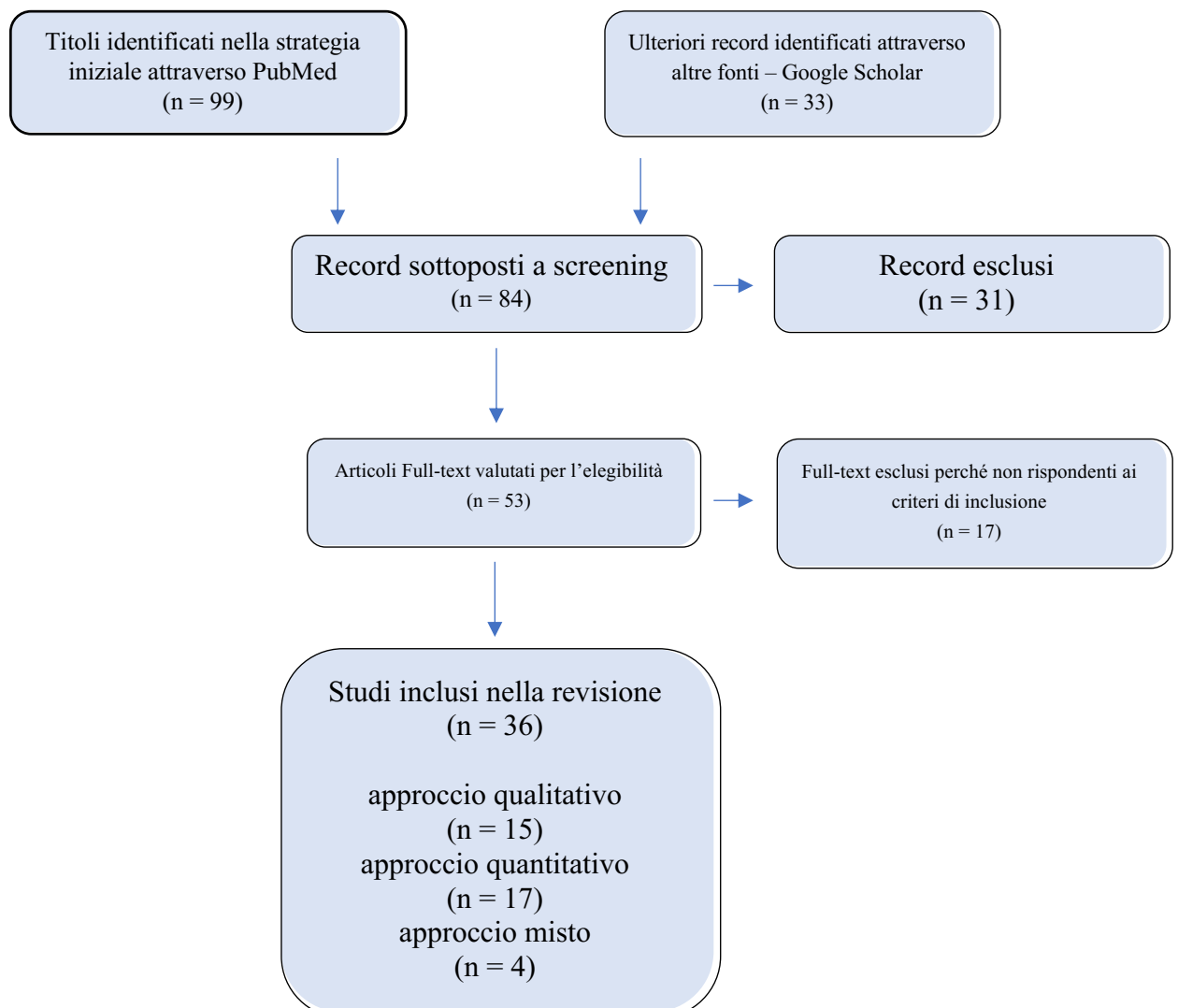
Lo studio è una revisione integrativa della letteratura.

3.4 CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE

Per la revisione sono stati selezionati un totale di 35 studi. Sono stati inclusi studi primari e secondari pubblicati da gennaio a ottobre 2020 in lingua inglese, spagnola ed italiana, dato che si tratta di un fenomeno senza precedenti, oltre ad un numero di studi di anni precedenti per fornire definizioni particolari o approfondimenti. La popolazione considerata è formata sia da operatori sanitari (medici, infermieri e altro staff ospedaliero) che hanno prestato servizio durante la pandemia, che da campioni di popolazione *random* utilizzati per fare confronti. Sono stati considerati individui di genere maschile e femminile. L'unico criterio di esclusione è la non pertinenza rispetto all'argomento trattato nell'elaborato.

CAPITOLO 4 – RISULTATI

Complessivamente, sono stati inclusi nella revisione finale 36 articoli: di questi, 15 studi hanno un approccio alla ricerca di tipo qualitativo e sono per lo più articoli e lettere all'editore trovati sul database di PubMed con cui si è voluto fornire un approfondimento di casi particolari citati nell'elaborato, oltre ad un numero di articoli pubblicati su giornali quali *IlSole24Ore*, *The Guardian*, *The Telegraph*, 4 sono raccolte di dati o timeline pubblicati sul sito web dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dell'Istituto Superiore di Sanità inclusi in questo lavoro di tesi per fornire dati precisi e aggiornati in tempo reale su contagi, decessi e cronologie di eventi riguardanti l'andamento della pandemia di COVID-19, 12 sono di tipo quantitativo, tra studi cross-sectional e meta-analisi, selezionati sulla base di un criterio geografico, e, infine, 5 sono revisioni, utilizzate per avere una panoramica più completa degli studi disponibili su una certa tematica o per fornire sintesi e definizioni. Le caratteristiche principali degli studi scelti sono elencate nella tabella riportata a pagina 31-32-33 di questo elaborato.



Autore (i), (anno) Titolo, Rivista, volume, numero fascicolo, pagine.	Disegno di studio	Obiettivo (i)	Partecipanti e contesto	Risultati principali	Conclusioni
Albott C. S., Wozniak, J. R., McGlinch, B. P., Wall, M. H., Gold, B. S., & Vinogradov, S. (2020) "Battle Buddies: Rapid Deployment of a Psychological Resilience Intervention for Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic". <i>Anesthesia and analgesia</i> , 131(1), 43-54.	Review	Panoramica delle potenziali risposte allo stress psicologico alla crisi del COVID-19 nei fornitori di servizi sanitari e descrivere strategie preventive di promozione della resilienza a livello organizzativo e personale. Descriviamo quindi un intervento di resilienza psicologica rapidamente dispiegabile fondato su un modello di supporto tra pari (Battle Buddies) sviluppato dall'esercito degli Stati Uniti.	Questo progetto sta sfidando i dipartimenti delle scuole di medicina colpiti da COVID-19 tra i gruppi A (gruppo ad avvio precoce) e B (gruppo ad avvio ritardato) sulla base dell'attuazione amministrativa dell'intervento.	Il livello 1 del programma, il sistema Battle Buddy, è altamente scalabile, non ha costi e richiede pochissime risorse a parte l'approvazione da parte dei capi unità e dipartimento. Le prime prove aneddotiche (inclusa l'esperienza degli autori) suggeriscono che è facile da implementare e molto vantaggioso.	I dati raccolti come parte di questo sforzo aiuteranno a valutare la sua efficacia nell'affrontare le esigenze di salute mentale di una forza lavoro sanitaria diversificata durante un'emergenza su larga scala. Date le prove disponibili sugli effetti a lungo termine dello stress psicologico, il tentativo di affrontare sistematicamente questi rischi e di promuovere attivamente la resilienza del personale sanitario è fondamentale.
Barello, S., Palamenghi, L., & Graffigna, G. (2020) "Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic". <i>Psychiatry research</i> , 290, 113-129.	Cross-sectional study	Questo studio ha descritto i livelli di esaurimento dei professionisti e sintomi fisici degli operatori sanitari italiani in prima linea direttamente coinvolti nella cura dei pazienti con COVID-19 al culmine delle pandemie in questo paese, confrontandoli tra i generi e il ruolo professionale. Ha anche studiato la relazione tra il burnout dei professionisti e i sintomi di salute negativi.	Un campione di convenienza di 1.153 operatori sanitari italiani è stato invitato a compilare un questionario online che includeva il Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach et al., 1997) e articoli ad-hoc per valutare i sintomi psicosomatici e lo stato di salute generale auto-percepito.	Questa ricerca ha evidenziato fenomeno impatto psicologico e fisico dell'epidemia di emergenza COVID-19 sugli operatori sanitari italiani. I professionisti che sono direttamente coinvolti nella cura dei pazienti con COVID-19 hanno riportato una significativa pressione psicologica correlata al lavoro e frequenti sintomi somatici.	Lo studio presenta i dati dopo 5 settimane dall'inizio della pandemia COVID-19 in Italia e fornisce una visione precoce dell'urgente necessità di supportare gli operatori sanitari che sono a maggior rischio di conseguenze negative per la salute. Raccomandiamo vivamente di fornire servizi di consulenza e sistemi di supporto tempestivi per mitigare l'effetto impatto di questa emergenza sul loro benessere attuale e futuro.
Carmassi, C., Cervieri, G., Bul, E., Gesi, C., & Dell'Osso, L. (2020) "Defining Effective Strategies to Prevent Post-Traumatic Stress in Healthcare Emergency Workers Facing the COVID-19 Pandemic in Italy". <i>CNS spectrums</i> , 1-5. Advance online publication.	Letter to editor	La pandemia COVID-19 ha aumentato esponenzialmente lo stress sugli operatori sanitari (operatori sanitari), travolgendo le loro capacità lavorative fisiche e psicologiche. L'epicentro ospedaliero del focolaio italiano ha prontamente fornito strategie di supporto per prevenire il disturbo da stress post-traumatico: si discutono fattori di rischio e feedback in fase acuta.			
Charney, A. W., Katz, C., Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2020) "A Call to Protect the Health Care Workers Fighting COVID-19 in the United States". <i>The American Journal of Psychiatry</i> , 177(10), 900-901.	Letter to editor	Urge un'azione rapida a livello nazionale per aiutare a proteggere il benessere mentale degli operatori sanitari statunitensi coinvolti nella battaglia contro COVID-19.			
Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X., Wang, J., & Zhang, Z. "Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak". <i>The Lancet. Psychiatry</i> , 7(4), e15-e16.	Letter to editor	Lo studio ha descritto il piano di intervento sviluppato dal Centro di Ricerca di Psicologia Medica del Secondo Ospedale di Xiangya e dal Centro di Ricerca Cinese di Medicina Clinica sulle Malattie Mediche e Psicologiche per rispondere rapidamente alle pressioni psicologiche sul personale.			
Chen, C., & Zhao, B. (2020) "Makeshift hospitals for COVID-19 patients: where healthcare workers and patients need sufficient ventilation for more protection". <i>The Journal of Hospital Infection</i> , 105(1), 98-99.	Letter to editor	Affrontare la ventilazione insufficiente negli ospedali improvvisati di Wuhan, che può aumentare il rischio di infezione di trasmissione opportunistica per via aerea.			
Chew, N., Lee, G., Tan, B., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, N., Yeo, L., Ahmad, A., Ahmed Khan, F., Napoleon Shanmugam, G., Sharma, A. K., Komalkumar, R. N., Meenakshi, P. V., Shah, K., Patel, B., Chan, B., Sunny, S., Chandra, B., Ong, J., Palwal, P. R., ... Sharma, V. K. (2020) "A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak". <i>Brain, behavior, and immunity</i> , 88, 559-565.	Multicentre study	Dalla dichiarazione dell'epidemia di coronavirus 2019 (COVID-19) come pandemia, ci sono rapporti sull'aumentata prevalenza dei sintomi fisici osservata nella popolazione generale. Abbiamo studiato l'associazione tra esiti psicologici e sintomi fisici tra gli operatori sanitari.	Operatori sanitari inclusi medici, infermieri, operatori sanitari alleati, amministrativi, impiegati e addetti alla manutenzione dei 5 principali ospedali coinvolti nella cura dei pazienti COVID-19 a Singapore e in India sono stati invitati a partecipare a uno studio e seguendo un questionario auto-somministrato nel periodo dal 19 febbraio al 17 aprile 2020.	Dei 906 operatori sanitari che hanno partecipato al sondaggio, 48 (5,3%) sono risultati positivi allo screening per la depressione da moderata a molto grave, 79 (8,7%) per l'ansia da moderata a estremamente grave, 20 (2,2%) per stress grave e 34 (3,8%) per livelli da moderati a gravi di disagio psicologico. Il sintomo più comune riportato è stato il mal di testa (32,3%), con un gran numero di partecipanti (33,4%) che hanno riportato più di quattro sintomi.	Lo studio dimostra un'associazione significativa tra la prevalenza dei sintomi fisici e gli esiti psicologici tra gli operatori sanitari durante l'epidemia di COVID-19. Postuliamo che questa associazione possa essere bidirezionale e che dovrebbero essere presi in considerazione interventi psicologici tempestivi per gli operatori sanitari con sintomi fisici una volta esclusa un'infezione.
Di Tella, M., Romeo, A., Benfante, A., & Castelli, L. (2020) "Mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy". <i>Journal of evaluation in clinical practice</i> , 10.1111/jep.13444. Advance online publication.	Cross-sectional study	Lo studio mirava a indagare l'impatto psicologico dell'epidemia di COVID-19 sugli operatori sanitari italiani.	Nel dataset finale sono state incluse le risposte di 145 operatori sanitari (72 medici e 73 infermieri). Ai partecipanti è stato chiesto di fornire informazioni sociodemografiche e cliniche e di completare scale analogiche valide relative alla qualità della vita e alla salute, inventario dell'ansia dei tratti di stato, inventario della depressione di Beck e una lista di controllo PTSD per DSM.	Un confronto tra gli operatori sanitari che lavorano nei reparti COVID-19 e altre unità ha rivelato che i primi riportavano livelli più elevati sia di sintomi depressivi che di PTSS. Inoltre, negli operatori sanitari che lavorano con pazienti COVID-19, il sesso e lo stato civile, nonché il sesso e l'età predicevano in modo significativo i sintomi depressivi e il PTSS. È stato scoperto che essere donne e non avere una relazione è associato a livelli più elevati di sintomi depressivi, mentre essere donne e più anziani è risultato correlato a livelli più alti di PTSS.	I risultati attuali suggeriscono che specifici fattori predisponenti potrebbero identificare gli operatori sanitari che sono ad alto rischio di sviluppare sintomi di salute mentale di fronte a pazienti COVID-19.
Dosil Santamaria, M., Ozamiz-Etxebarria, N., Redondo Rodriguez, I., Jaureguizar Albornoz-Mayor, J., & Picaza Gorrotxategi, M. (2020) "Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles". <i>Revista de psiquiatría y salud mental</i> , S1888-9891(20)30060-4. Advance online publication.	Cross-sectional study	Lo scopo dello studio era valutare i fattori che possono destabilizzare la salute mentale degli operatori sanitari nel contesto spagnolo.	Il campione era composto da 421 professionisti sanitari. I dati sono stati raccolti tramite un questionario online che è stato loro inviato via e-mail.	I risultati mostrano che la pandemia COVID-19 ha generato sintomi di stress, ansia, depressione e insonnia tra il personale sanitario, con livelli più elevati tra le donne e i professionisti più anziani. Variabili come essere stati in contatto con il virus o la paura sul lavoro hanno innescato sintomi maggiori.	In questa situazione critica, il gruppo professionale è in prima linea, motivo per cui è direttamente esposto a determinati rischi e fattori di stress. Ciò contribuisce allo sviluppo di diversi sintomi psicologici. Di conseguenza, si raccomanda di offrire loro un aiuto psicologico per ridurre l'impatto emotivo del COVID-19 e quindi garantire non solo la loro salute mentale, ma anche le cure appropriate che forniscono.
Felice, C., Di Tanna, G. L., Zanus, G., & Grossi, U. (2020) "Impact of COVID-19 Outbreak on Healthcare Workers in Italy: Results from a National E-Survey". <i>Journal of community health</i> , 45(4), 675-683.	Survey?	Lo scopo dello studio era di esplorare a fondo l'impatto dell'epidemia di COVID-19 sugli operatori sanitari in Italia e di fornire suggerimenti utili alle autorità sanitarie per adattare le strategie di controllo delle infezioni.	Un totale di 534 soggetti hanno registrato il loro interesse ad aderire al sondaggio. I destinatari appropriati erano 527 (98,7%), esclusi 7 indirizzi e-mail sconosciuti come spam o con domini non validi.	L'indagine ha dimostrato profonde variazioni tra regioni ad alta e bassa prevalenza, settori specializzati e figure professionali. I DPI erano meno probabilmente ritenuti prontamente disponibili dagli operatori sanitari che segnalavano l'insorgenza di sintomi recenti, indicando che potevano essere stati un veicolo per la trasmissione a pazienti, colleghi di lavoro o familiari.	

<p>Friganović, A., Selić, P., Ilić, B., & Sedić, B. (2019) "Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: a literature review." <i>Psychiatra Danubina</i>, 31(Suppl 1), 21–31.</p>	<p>Review</p>	<p>Lo scopo del documento era di fare un'analisi sistematica della letteratura relativa allo stress degli infermieri e all'incidenza della sindrome di burnout negli infermieri di terapia intensiva, e anche di determinare la ricerca sulle associazioni tra meccanismi di coping e soddisfazione sul lavoro da un lato, e burnout dall'altro lato.</p>			
<p>Gallera, G. (2020) "Coronavirus, Milano come Wuhan: In 6 giorni un ospedale da 600 posti alla Fiera". <i>ISole24Ore</i>.</p>	<p>Article</p>				
<p>IBS Epicentro. (2020) "Dati della Sorveglianza Integrata COVID-19 in Italia".</p>					
<p>Jun, J., Tucker, S., & Melnyk, B. M. (2020) "Clinician Mental Health and Well-Being During Global Healthcare Crises: Evidence Learned From Prior Epidemics for COVID-19 Pandemic." <i>Worldviews on evidence-based nursing</i>, 17(3), 182–184.</p>	<p>Article</p>	<p>Lo scopo dell'articolo è fornire prove da precedenti epidemie per la pandemia COVID-19 e il problema della salute mentale del personale sanitario.</p>			
<p>Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., Yao, L., Bai, H., Cai, Z., Xiang, Yang, B., Hu, S., Zhang, K., Wang, G., Ma, C., & Liu, Z. (2020) "Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study". <i>Basic, behavior, and immunity</i>, 87, 11–17.</p>	<p>Cross-sectional study</p>	<p>Lo scopo dello studio quantitativo è esplorare lo stato di salute mentale del personale medico e infermieristico a Wuhan, l'efficacia dell'assistenza psicologica a cui si accede e le loro esigenze di assistenza psicologica.</p>	<p>Sono stati reclutati medici o infermieri che lavorano a Wuhan per partecipare a questo sondaggio dal 29 gennaio 2020 al 4 febbraio 2020. In totale, 994 partecipanti, inclusi 183 medici e 811 infermieri. Un totale del 31,1% lo faceva in reparti ad alto rischio. I partecipanti tendevano ad essere donne, avevano un'età compresa tra 125 e 40 anni, erano sposati, avevano un livello di istruzione universitario o inferiore e avevano un titolo tecnico junior.</p>	<p>I risultati dimostrano che una porzione sorprendentemente ampia di operatori sanitari a Wuhan afflitta da virus soffre di disturbi della salute mentale.</p>	<p>Gli operatori sanitari beneficerebbero di una maggiore disponibilità di assistenza sanitaria mentale personalizzata da psicoterapeuti e psichiatri, in cui diversi gruppi di salute mentale potrebbero concentrarsi sulla fornitura di servizi di assistenza sanitaria mentale specializzati.</p>
<p>Kisely, S., Warren, N., McMahon, L., Dalais, C., Henry, I., & Siskind, D. (2020) "Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis". <i>BMJ (Clinical research ed.)</i>, 369, m1642.</p>	<p>Rapid review and meta-analysis</p>	<p>Esaminare gli effetti psicologici sui medici del lavoro per gestire nuove epidemie virali e misure efficaci per gestire lo stress e il disagio psicologico.</p>	<p>Poiché si trattava di una revisione rapida, i pazienti e il pubblico non sono stati coinvolti nella progettazione, conduzione o segnalazione di questa ricerca.</p>	<p>Ripetto ai controlli a basso rischio, il personale in contatto con i pazienti affetti presentava livelli maggiori di stress sia acuto che post-traumatico e disagio psicologico. I fattori di rischio per il disagio psicologico includevano essere più giovani, essere genitori di figli a carico o avere un familiare infetto. Hanno contribuito anche una quarantena più lunga e la mancanza di supporto pratico.</p>	<p>Sono disponibili interventi efficaci per aiutare a mitigare il disagio psicologico sperimentato dal personale che si prende cura dei pazienti in un'epidemia di malattia emergente. Questi interventi erano simili nonostante l'ampia gamma di impostazioni e tipi di focolai trattati in questa revisione, e quindi potrebbero essere applicabili all'attuale epidemia di Covid-19.</p>
<p>López-Atanes, M., Reico-Barbero, M., & Sáenz-Herrero, M. (2020) "Are women still "the other"? Gendered mental health interventions for health care workers in Spain during COVID-19". <i>Psychological trauma: theory, research, practice and policy</i>, 12(S1), S243–S244.</p>	<p>Article</p>	<p>Durante la pandemia COVID-19, la Spagna si è classificata al primo posto per numero di operatori sanitari infetti. Nonostante il fatto che fino al 75% di loro fossero donne, gli interventi psicologici per prevenire il disagio di solito mancavano di una prospettiva dell'agender e di un approccio biopsicosociale.</p>			
<p>Mars, S. (2020) "NHS staff making masks from snorkels amid PPE shortages". <i>The Guardian</i>.</p>	<p>Article</p>				
<p>Maunder, R. G., Lancee, W. J., Mae, R., Vincent, L., Peladeau, N., Beduz, M. A., Hunter, J. J., & Leszcz, M. (2010) "Computer-assisted resilience training to prepare healthcare workers for pandemic influenza: a randomized trial of the optimal dose of training". <i>BMC health services research</i>, 10, 72</p>	<p>Randomized trial</p>	<p>Lo studio verifica la fattibilità e l'efficacia di un'alternativa meno costosa: un corso di formazione interattivo assistito da computer progettato per costruire la resilienza allo stress del lavoro durante una pandemia.</p>			
<p>McDougal, R. J., Gilliam, L., Ko, D., Holmes, J., & Delany, C. (2020) "Balancing health worker well-being and duty to care: an ethical approach to staff safety in COVID-19 and beyond". <i>Journal of medical ethics, medethics-2020-106557</i>. Advance online publication.</p>	<p>Article</p>	<p>Il quadro guida il decisore a caratterizzare il grado di rischio per il personale, articolare le opzioni fattibili per la protezione del personale in quel contesto specifico e identificare l'opzione che garantisce che qualsiasi diminuzione della cura del paziente sia proporzionata all'aumento del benessere del personale. Si applica specificamente ai problemi dei DPI in COVID-19 e ha anche il potenziale per assistere i responsabili delle decisioni in altre situazioni che implicano la protezione del personale sanitario.</p>			
<p>Ministero della Salute. "Come proteggersi dal nuovo coronavirus".</p>	<p>Article</p>				
<p>Moorthy, A., & Sankar, T. K. (2020) "Emerging public health challenge in UK: perception and belief on increased COVID-19 death among BAME healthcare workers". <i>Journal of public health (Oxford, England)</i>, 42(3), 486–492.</p>	<p>Cross-sectional study</p>	<p>Esplorare le convinzioni e la percezione sui problemi preoccupanti segnalati tra la forza lavoro sanitaria BAME in una città diversa di Leicester nel contesto di COVID-19.</p>	<p>La popolazione target è stata identificata tramite Leicester Asian Doctors Society e Leicester Asian Nurses Society. Il questionario è stato quindi distribuito elettronicamente ai membri. Il questionario del sondaggio è stato consultato da 372 persone, le risposte incomplete (172) sono state escluse e sono state analizzate 200 risposte complete.</p>	<p>Più del 70% della forza lavoro BAME era preoccupato per il proprio ruolo durante questa pandemia. La forza lavoro percepiva comodità, mancanza di DPI e test sono stati uno dei pochi motivi dell'aumento della mortalità nel BAME. Il gruppo BAME ha ritenuto che la fornitura adeguata di DPI, un aumento dei test e il miglioramento del benessere mentale siano necessari per alleviare le preoccupazioni e migliorare la vita lavorativa di BAME nel NHS.</p>	<p>La forza lavoro BAME è regolarmente coinvolta nel lavoro in prima linea e l'attuale livello di ansia è molto alto. È urgentemente necessaria un'adeguata fornitura di supporto per la salute mentale con una chiara stratificazione del rischio per il ritorno al lavoro.</p>
<p>Pearman, A., Hughes, M. L., Smith, E. L., & Neupert, S. D. (2020) "Mental Health Challenges of United States Healthcare Professionals During COVID-19". <i>Frontiers in psychology</i>, 11, 2065.</p>	<p>Cross-sectional study</p>	<p>L'obiettivo di questo studio è comprendere meglio l'attuale impatto psicologico di COVID-19 sugli operatori sanitari negli Stati Uniti.</p>	<p>I requisiti per i partecipanti per lo studio in corso erano i seguenti: 18 anni di età o più, residenti negli Stati Uniti, madrelingua inglese e senza diagnosi di demenza.</p>	<p>Non c'erano differenze significative tra gli operatori sanitari e il gruppo di controllo sul sesso o sulla razza. C'erano differenze significative sull'istruzione tali che gli operatori sanitari avevano più istruzione rispetto ai non-operatori sanitari. Gli operatori sanitari più istruiti hanno riportato livelli significativamente più alti di sintomi depressivi, ansia attuale, preoccupazione per la loro salute, stanchezza, costizione e valutazione passata e futura dello stress correlato a COVID, ma livelli più bassi di coping proattivo.</p>	<p>I risultati suggeriscono che il Covid-19 rappresenta un rischio professionale per gli operatori sanitari perché abbiamo trovato prove di livelli più elevati di ansia e sintomi depressivi, più stanchezza e preoccupazione per la loro salute e stress, insieme a livelli più bassi di controllo percepito e di coping rispetto ai controlli di pari età.</p>

Reger, M. A., Stanley, I. H., & Joiner, T. E. (2020) "Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019-A Perfect Storm?" JAMA Psychiatry, 10.1001/jamapsychiatry.2020.1060. Advance online publication.	Article	Lo scopo dell'articolo è di evidenziare la mortalità per suicidio tra gli operatori sanitari nel contesto del COVID-19.			
Ryall, J. (2020) "Coronavirus: Doctors collapse from exhaustion as virus spreads through South Korea". The Telegraph.	Article				
Salazar de Pablo, G., Vaquerizo-Serrano, J., Catalan, A., Arango, C., Moreno, C., Ferre, F., Shin, J. I., Sullivan, S., Brondino, N., Solmi, M., & Fusar-Poli, P. (2020) "Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis". Journal of affective disorders, 275, 48–57.	Systematic review and meta-analysis	Esplorare il rischio per il personale sanitario di sviluppare esiti di salute fisica e mentale correlati alle sindromi da coronavirus e determinare la natura e la frequenza di questi esiti.	Studi che riportano risultati di salute fisica e mentale in operatori sanitari infetti esposti a sindrome respiratoria acuta grave (SARS), Medio Oriente respiratorio Sindrome (MERS), Covid-19.	Sono stati inclusi 115 articoli. Risultati sulla salute fisica: il 75,9% degli operatori sanitari infettati da SARS / MERS / COVID-19 ha riportato febbre, 47,9% tosse, 43,6% mal di gola, 42,3% brividi, 41,2% affaticamento, 34,6% mal di testa, 31,2% dispnea, 25,3% mal di gola, 22,2% nausea / vomito, 18,8% di diarrea. Risultati di salute mentale: il 62,5% del personale sanitario ha segnalato problemi di salute generale, 43,7% di paura, 37,9% di insonnia, 37,8% di disagio psicologico, 34,4% di burnout, 29,0% di ansia, 26,3% di sintomi depressivi, 20,7% caratteristiche del disturbo da stress post-traumatico, 16,1% di somatizzazione, 14,0% di sentimenti di stigmatizzazione.	SARS, MERS, COVID-19 hanno un impatto sostanziale sulla salute fisica e mentale del personale sanitario, che dovrebbe diventare una priorità per le strategie di salute pubblica.
Sasso, L., Bagnasco, A., Zanini, M., Catania, G., Aleo, G., Santullo, A., Spandonaro, F., Icardi, G., Watson, R., & Sermeus, W. (2017). The general results of the RN4CAST survey in Italy. Journal of advanced nursing, 73(9), 2028–2030.	Letter to editor				
Shah, N., Raheem, A., Sideris, M., Velauthar, L., & Saeed, F. (2020) "Mental health amongst obstetrics and gynaecology doctors during the COVID-19 pandemic: Results of a UK-wide study". European journal of obstetrics, gynaecology, and reproductive biology, 253, 90–94.	Cross-sectional study	Esplorare l'impatto della pandemia COVID-19 sulla salute mentale di ostetrici e ginecologi.	Uno studio basato su un'indagine trasversale tra medici che lavorano all'interno di Ostetricia e Ginecologia nel Regno Unito.	Un totale di 207 medici hanno completato il sondaggio. Ostetrici e ginecologi hanno riportato tassi significativamente più alti sia di disturbo depressivo maggiore che di disturbo d'ansia generalizzata rispetto alle stime del Regno Unito. L'analisi dei sottogruppi ha mostrato che l'ansia era più comune tra le dottoresse rispetto ai maschi.	Con la minaccia di un secondo picco di COVID-19 che incombe, ora più che mai, è fondamentale che vengano prese misure per rompere la stigmatizzazione della salute mentale tra i medici, incoraggiando i medici a cercare aiuto quando necessario.
Sisto, A., Vicinanza, F., Campanozzi, L. L., Ricci, G., Tartaglino, D., & Tambone, V. (2019) "Towards a Transversal Definition of Psychological Resilience: A Literature Review". Medicina (Kaunas, Lithuania), 55(11), 745.	Literature Review	Lo scopo di questa revisione è di identificare gli elementi condivisi nella definizione del costrutto di resilienza attivo verso la letteratura esaminata al fine di muoversi verso una unificazione concettuale del termine.			
Stewart H., Mason, R., & Dodd, V. (2020) "Boris Johnson orders UK lockdown to be enforced by police". The Guardian.	Article	Lo studio si occupa del progetto europeo RN4CAST, che si è svolto da settembre a dicembre 2015 in tutta Italia, coinvolgendo 13 Regioni, 40 ospedali, 292 unità di medicina generale e chirurgia, 3716 pazienti e 3667 infermieri. Il progetto ha spostato l'attenzione dal considerare solo la pianificazione della forza lavoro infermieristica e i volumi della forza lavoro alla considerazione dell'impatto di adeguati rapporti infermiere-paziente e ambiente di lavoro sulla sicurezza dei pazienti e sulla qualità dell'assistenza.			
Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020) "The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health". The International journal of social psychiatry, 66(4), 317–320.	Review	Rivedere gli articoli pubblicati riguardanti la salute mentale relativi all'epidemia di COVID-19 e ad altre precedenti infezioni globali.			
Wilder-Smith, A., Chiew, C. J., & Lee, V. J. (2020) "Can we contain the COVID-19 outbreak with the same measures as for SARS?" The Lancet. Infectious diseases, 20(5), e102–e107.	Review				
WHO (2020) "Listings of WHO's response to COVID-19".					
WHO (2020) "WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard".					
WHO (2020) "WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020".					
Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W. F., Xue, Q., Peng, M., Min, B. Q., Tian, Q., Leng, H. X., Du, J. L., Chang, H., Yang, Y., Li, W., Shangguan, F. F., Yan, T. Y., Dong, H. Q., Han, Y., Wang, Y. P., Cosci, F., & Wang, H. X. (2020) "Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China". Psychotherapy and psychosomatics, 89(4), 242–250.	Cross-sectional study	Esaminare se gli operatori sanitari medici avessero più problemi psicosociali rispetto agli operatori sanitari non medici durante l'epidemia di COVID-19.	Il sondaggio online è stato condotto dal 19 febbraio al 6 marzo 2020; hanno partecipato 2.182 soggetti cinesi.	Rispetto agli operatori sanitari non medici, gli operatori sanitari avevano una maggiore prevalenza di insonnia, ansia, depressione, somatizzazione e sintomi ossessivo-compulsivi. Vivere nelle aree rurali, essere donne ed essere a rischio di contatto con pazienti Covid-19 erano i fattori di rischio più comuni per insonnia, ansia, sintomi ossessivo-compulsivi e depressione.	E' stata riscontrata una maggiore prevalenza di sintomi psicologici tra gli operatori sanitari durante il Covid-19. Gli operatori sanitari hanno bisogno di protezione della salute e di condizioni di lavoro adeguate, ad esempio fornitura di DPI necessari e sufficienti, organizzazione di un riposo adeguato, nonché programmi di recupero volti a rafforzare la resilienza e il benessere psicologico.

4.1 Raccolte dati e Timeline

Per raccogliere dati su contagi e decessi tra la popolazione generale e quella dei professionisti della sanità in vari contesti geografici sono state utilizzate due fonti, estratte dalle banche dati dell'OMS (WHO 2020) e dell'ISS (in nota a pag. 22 dell'elaborato). Inoltre, la Timeline pubblicata dall'OMS sulla lista degli eventi principali che hanno segnato lo sviluppo della pandemia è stata strumento imprescindibile per ricostruire la cronologia della diffusione del virus. Infine, dal sito dell'OMS è stato preso il resoconto della conferenza stampa, tenutasi il 13/03/2020, con cui il direttore generale dell'OMS Tedros Adhanom Ghebreyesus ha dichiarato ufficialmente il COVID-19 pandemia.

4.2 Problematiche psicologiche generali percepite dagli operatori sanitari e confronto con SARS e MERS

Gli studi presi in esame per elencare generalmente quali sono le problematiche psicologiche legate allo scoppio di una epidemia/pandemia sono tre (Kisely et al. 2020; Torales et al. 2020; Salazar de Pablo et al. 2020): i primi due (Kisely et al. 2020 & Torales et al. 2020) sono, rispettivamente, uno studio di approccio misto e una revisione. In entrambi si discute in generale degli effetti psicologici provocati nel personale sanitario dall'insorgere di epidemie/pandemie. Il terzo studio è una meta-analisi che tiene conto di vari casi (SARS, MERS) accaduti negli ultimi decenni (Salazar de Pablo 2020). Il disturbo con percentuali più alte (soprattutto durante la fase critica dell'emergenza) è la preoccupazione per la propria salute (88.6%). Seguono la paura, con una percentuale del 43.7%, lo stress psicologico e l'insonnia, in percentuale doppia nei professionisti della sanità (37.9%) rispetto alla popolazione generale (18.2%), il burnout, (34.4%), l'ansia (29.0%) e i sintomi legati alla depressione (26.3%), la Sindrome da Stress Post-Traumatico e la somatizzazione al 16.1% (Salazar de Pablo 2020: 54). Altri due studi (Wilder-Smith et al. 2020; Jun et al 2020), presi in esame per fare il confronto tra SARS e COVID-19, sono, rispettivamente, una revisione in cui emerge che la pandemia del nuovo coronavirus è di gran lunga più grave della SARS del 2003 poiché, pur avendo adottato le stesse misure contenitive con cui quest'ultima è stata debellata, nel caso del COVID-19 non si riesce a porre un freno alla diffusione del virus, e un articolo in cui l'autore si chiede se è possibile combattere il virus con le stesse armi con cui in passato si è combattuta la SARS.

4.3 Cina ed altri paesi asiatici

Nel caso della Cina e di altri paesi asiatici sono stati selezionati tre studi, un primo in cui viene fatta un'analisi trasversale basata su un questionario somministrato a medici ed infermieri (Kang et al. 2020): nel questionario viene chiesto ai partecipanti di operare una valutazione dello stato di salute

mentale, da cui è emerso che il 36% aveva disturbi trascurabili, il 34.4% disturbi leggeri, il 22.4% disturbi moderati e il 6.2% disturbi gravi (Kang et al. 2020: 13). Il secondo studio, di approccio quantitativo, (Chen et al. 2020) tiene conto di un contesto multinazionale: tra i 906 partecipanti, di cui il 55.1% di indiani, seguiti dal 33,7% di etnia cinese e, infine, il 4,8% malese, i sintomi più comuni sono mal di testa (289, 31,9%), mal di gola (304, 33,6%), ansia (242, 26,7%), letargia (241, 26,6%) e insonnia (190, 21,0%). Il 33,3% degli intervistati non ha avuto sintomi entro il mese precedente dalla data di somministrazione del sondaggio, il 12,7% ha segnalato un sintomo, il 12,5% due, l'8,1% tre e il 33,4% più di quattro sintomi. (Chew et al. 2020: 561). Il terzo è uno studio cross-sectional in cui vengono sottolineate le categorie di operatori sanitari maggiormente a rischio: l'analisi mostra che le categorie più colpite da problematiche psicologiche ai tempi del COVID-19 sono le donne, gli operatori sanitari che stanno in contatto ravvicinato con il virus, quelli che vengono da un ambiente rurale e, infine, quelli che mostrano patologie preesistenti (Zhang et al. 2020: 245). I dati raccolti da Zhang mostrano anche che le cause dello stress psicologico percepito dallo staff medico ed infermieristico possono essere molteplici, tra cui figurano nel testo la conoscenza inizialmente insufficiente del virus, la mancanza di informazioni sui metodi di prevenzione, l'enorme carico di lavoro, il rischio di esposizione a pazienti infetti, la carenza di DPI, la mancanza di riposo e l'essere testimoni diretti della gravità del virus. A tal proposito, un articolo del *Telegraph* (Ryall 2020) è stato inserito per parlare dei 16 infermieri del Pohang Medical Center nella provincia di North Gyeongsang che si sono dimessi a causa dell'eccessivo carico di lavoro.

4.4 Stati Uniti d'America

Gli studi presi in considerazione per gli Stati Uniti sono due (Pearman et al. 2020; Charney et al. 2020); il primo mostra che gli operatori sanitari hanno un livello di sintomi depressivi, ansia, preoccupazione per lo stato di salute, stanchezza, percezione dello stress relativo al COVID-19 più alti rispetto al campione corrispondente di popolazione. Tuttavia, la popolazione mostra, al contrario, livelli più alti di coping proattivo rispetto al personale sanitario (Pearman et al. 2020: 4). Nel secondo si fa un confronto tra lo stress derivato dal COVID-19 e l'episodio della caduta delle Torri Gemelle del 2001, con al centro i soccorritori intervenuti l'11 settembre che, intervistati più di un decennio dopo, hanno subito nel 20% dei casi un disturbo da stress post-traumatico (PTSD), di cui il 10% ne soffre ancora (Charney et al. 2020: 900).

4.5 Il contesto europeo: Regno Unito e Spagna

Dopo gli Stati Uniti, l'elaborato si propone di fare un resoconto della situazione nei paesi europei più colpiti: nel caso del Regno Unito, sono due gli studi quantitativi utilizzati (Shah et al.

2020; Moorthy et al. 2020): a differenza di altri studi scelti, in cui il campione di popolazione analizzato è più ampio, questi si focalizzano su una particolare categoria di operatori sanitari, il primo (Shah et al. 2020) su ostetrici e ginecologi, il secondo (Moorthy et al. 2020) sugli operatori BAME, cioè facenti parte di una minoranza etnica. Nel primo studio, viene dunque esplorato l'impatto psicologico del COVID-19 su un campione di popolazione costituito da ostetrici e ginecologi, in cui ci si concentra su sintomi legati a depressione ed ansia, utilizzando lo screening per i disturbi depressivi maggiori (MDD) e i disturbi d'ansia generalizzata (GAD). I risultati del questionario mostrano che i tassi di MDD e GAD sono notevolmente più alti negli ostetrici e nei ginecologi rispetto alla popolazione generale (Shah et al. 2020: 91-92). Il secondo studio mostra che il tasso di mortalità rispettivamente di maschi e femmine di etnia nera è di 4.2 e 4.3 volte più alto rispetto allo stesso dato riferito ad individui di etnia bianca (Moorthy et al. 2020: 486). Il campione di popolazione scelto riferisce di percepire stress derivato dal rischio alto di essere contagiati a causa della mancanza di DPI e della non frequenza di test al personale ospedaliero (Moorthy et al. 2020: 490-491). Inoltre, due articoli recuperati dal sito web del giornale inglese The Guardian (Stewart et al. 2020; Marsh 2020) sono stati utilizzati per riportare la data d'inizio del *lockdown* nel Regno Unito (Stewart et al. 2020) e per rendere conto della grave situazione di disagio tra gli operatori sanitari del NHS che non avevano accesso ai DPI (Marsh 2020).

Anche per il contesto spagnolo sono stati scelti due studi (Dosil Santamaría et al. 2020; López-Atanes 2020), un primo, cross-sectional, in cui si riporta che il 46,7% dei partecipanti al sondaggio ha affermato di soffrire di stress, il 37% di ansia, il 4% di sintomi legati alla depressione e il 28,9% di disturbi del sonno (Dosil Santamaría et al. 2020: 3), e un secondo, di genere qualitativo, che tiene conto di un dato di genere e si concentra sul dato delle donne che lavorano in prima linea nella gestione dell'emergenza da COVID-19, che sono, secondo i dati riportati, il 75% della forza lavoro totale. Il risultato che emerge è che le donne sono soggette ad un tasso di stress più alto rispetto agli uomini a causa di molteplici fattori, come, ad esempio, "il loro ruolo di custodi, conflitti lavoro-famiglia e disuguaglianza economica" (López-Atanes 2020: S243).

4.6 L'Italia

Il caso italiano, a cui è stato lasciato un ampio spazio nel presente lavoro di tesi, tiene conto di 5 studi, di cui 3 di approccio quantitativo (Di Tella et al 2020; Barello et al 2020; Felice et al. 2020) e 2 di approccio qualitativo (Carmassi et al. 2020; Gallera 2020). Nel primo studio (Di Tella et al. 2020), al campione della popolazione (72 medici e 73 infermieri) viene chiesto di compilare un form sulla base della STAI Y1 (State-Trait Anxiety Inventory) per l'ansia, la Scala della Depressione di Beck (BDI-II) e la PTSD Check List (PCL-5). Con ciò si è voluto mettere a confronto i livelli di

ansia, depressione e sintomi da PTSD degli operatori sanitari che lavorano a stretto contatto con pazienti affetti da COVID-19 con quelli di professionisti che operano in altri reparti. Come si è visto, lo staff medico ed infermieristico in reparti COVID ha mostrato livelli più alti per tutti e tre i disturbi (Di Tella et al. 2020: 2-3). Il secondo studio (Barello et al. 2020) scelto per l'Italia ha un focus preciso sulle manifestazioni del burnout negli operatori sanitari impegnati nella lotta contro il coronavirus, attraverso l'utilizzo del MBI (Maslach Burnout Inventory). Dei partecipanti, 376 partecipanti hanno dichiarato di lavorare a contatto diretto con pazienti affetti dal virus. Per quanto concerne i valori indicati nel MBI, più di 1 su 3 ha mostrato un punteggio elevato di esaurimento emotivo e 1 su 4 ha riportato livelli elevati di depersonalizzazione, mentre solo il 15% circa ha riportato bassi livelli di gratificazione personale (Barello et al. 2020: 1). Inoltre, i livelli di esaurimento emotivo risultano più alti rispetto a quelli riscontrati in studi precedenti alla pandemia da COVID-19 (Barello et al. 2020: 3). Il terzo ed ultimo studio quantitativo (Felice et al. 2020) è stato utilizzato esclusivamente per rendere conto dell'ordinamento giuridico che regola la situazione alquanto eterogenea che si ha nello stato italiano, la cui sanità è in mano alle regioni piuttosto che allo Stato. I due studi qualitativi (Carmassi et al 2020; Gallera 2020), infine, sono stati scelti per parlare degli ospedali temporanei in Italia, prendendo ad esempio quello costruito a Milano (Gallera 2020), e per spiegare come il calo dei contagi di maggio abbia fatto pensare ad una presunta fine della pandemia (Carmassi et al. 2020).

4.7 La resilienza

L'ultima tematica toccata nel presente elaborato è quella della resilienza. Gli studi usati in questo caso sono stati 3 (Mauder et al 2010; Sisto et al. 2019; Albott et al 2020). Il primo, una revisione sistematica della letteratura (Sisto et al. 2019), è stato utilizzato per fornire una definizione precisa del termine "resilienza"; il secondo studio (Albott et al. 2020), anch'esso una revisione, propone il programma "Battle Buddy", un progetto basato su un metodo simile adottato dall'Esercito degli Stati Uniti che si basa sul principio del peer support (lett. supporto tra colleghi) e ha come scopo quello di non lasciare l'individuo solo nell'affrontare la pressione lavorativa. L'ultimo studio (Mauder et al. 2010) proposto per parlare della resilienza è un randomized trial in cui si valuta, sulla base dell'esperienza con la SARS del 2003, un corso di training per sviluppare resilienza fatto a computer, per coinvolgere e promuovere la partecipazione dei soggetti interessati (Mauder et al. 2010).

4.8 Il burnout, il suicidio e la percezione degli operatori sanitari come eroi

Per approfondire diverse tematiche, sono stati utilizzati altri 5 studi (Friganović et al. 2019; McDougall et al. 2020; Reger et al. 2020; Ministero della Salute 2020; Sasso et al. 2017), di cui il

primo è una revisione che focalizza l'attenzione del lettore sulla definizione della patologia del *burnout* negli operatori sanitari (Friganović et al. 2020), altri tre (McDougall et al. 2020; Reger et al. 2020; Sasso et al. 2017) sono articoli di approccio qualitativo scelti per approfondire tematiche quali la mancanza di DPI e il modo in cui questo disagio si ripercuote sugli operatori sanitari (McDougall et al. 2020), il suicidio (Reger et al. 2020) e diverse problematiche riguardanti gli infermieri italiani grazie al progetto europeo RN4CAST, mentre l'ultimo, trovato sul sito web del Ministero della Salute, è un *vademecum* in cui sono riassunte tutte le regole di prevenzione per evitare la diffusione del virus.

CAPITOLO 5 – DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Attraverso lo studio appena concluso, si è voluta dare una brevissima panoramica che ha al centro l’impatto psicologico che la pandemia di COVID-19 scoppiata tra la fine del 2019 e l’inizio del 2020 ha avuto e continua ad avere sui professionisti della sanità. I contesti a cui si è data maggiore attenzione sono, rispettivamente, quello cinese con un focus particolare su Wuhan, luogo da cui si è sviluppato il virus, seguendo con un cenno ad altri paesi asiatici colpiti. Successivamente, la scelta è caduta sugli Stati Uniti e sull’Europa, entrambi tra i paesi più colpiti dalla pandemia sia a marzo che in questo autunno con la seconda ondata di contagi. Tra i paesi europei, quelli a cui viene dedicato più spazio sono il Regno Unito, la Spagna e l’Italia. Per tutti questi, i risultati messi in evidenza sono piuttosto simili e mostrano un ritratto alquanto preoccupante, in cui gli operatori sanitari sono vittima di una insormontabile pressione e di un carico di lavoro spesso sproporzionato. Inoltre, questi si trovano a far fronte alla frequente mancanza di dispositivi di protezione, alla trasformazione repentina e radicale del luogo e delle condizioni di lavoro, alla responsabilità di essere potenziali portatori del virus in famiglia e tra gli amici da cui tornano ogni giorno dopo il lavoro. Questi, insieme ad altri fattori minori, hanno contribuito alla comparsa di sintomi più o meno acuti legati ad ansia, stress, depressione, insonnia e, spesso, disturbi fisici e somatizzazione (Salazar de Pablo et al. 2020). In tutti gli studi citati, i livelli di stress negli operatori sanitari sono più alti rispetto alla popolazione generale e, in certi casi, come quello del Regno Unito e della Spagna, alcune categorie, quali ad esempio le donne o persone di etnie minoritarie, corrono un rischio ancora maggiore di sviluppare non solo sintomi momentanei, ma anche la Sindrome da Stress Post-Traumatico e di burnout (Shah et al. 2020; Moorthy et al. 2020). Come già specificato nell’introduzione, lo studio qui proposto ha delle ovvie limitazioni, tra cui ricordiamo che si tratta ancora di un fenomeno relativamente nuovo e, dunque, ancora non si può avere una stima precisa di quali saranno le conseguenze a lungo termine sulla salute mentale dei professionisti sanitari.

CAPITOLO 5 - CONCLUSIONI

Lo studio degli articoli qui proposti, dedicati all'impatto psicologico del COVID-19 sui professionisti della sanità, ci ha permesso di fornire un quadro più o meno completo al cui centro troviamo coloro che sono dei veri e propri *soldati* lanciati in prima linea a combattere contro la diffusione del virus in tutti i paesi del mondo. Come scrive Mark Reger, “diversi studi dimostrano che gli operatori sanitari sono soggetti a tassi di suicidio elevati” (Reger et al. 2020: 1-2). Ricordiamo tutti la notizia sconcertante dell'infermiera Daniela Trezzi che si è suicidata dopo aver contratto il virus nel mese di marzo, risvolto più tragico della tematica qui presa in questione. Questo, insieme ai dati che sono emersi dagli studi considerati, è il segno lampante che non bisogna porre attenzione soltanto alla componente prettamente clinica del virus e, dunque, prendere sottogamba la controparte psicologica, bensì è necessario intervenire prontamente e fornire un costante supporto psicologico.

Il suggerimento che si vuole fornire alla luce dei dati qui raccolti e delle evidenze riportate è quello di progettare e attivare piani di protezione locali piuttosto che gestiti globalmente, dato che ogni paese ha delle esigenze particolari o delle categorie maggiormente a rischio che necessitano di interventi particolari. Per quanto riguarda, in particolare, l'Italia, in questi primi giorni di novembre stiamo di nuovo assistendo ad una stretta ferrea del governo sul vivere civile, mentre il sistema sanitario di parecchie regioni si avvicina pericolosamente al collasso, con gli ospedali quasi completamente pieni e le terapie intensive in aumento insieme ai decessi. Con l'insorgere di questa nuova ondata, per certi versi ancora più violenta della prima, il grido degli operatori sanitari torna a farsi sentire con forza, e i giornali italiani sono costantemente alle prese con storie di infermieri e medici esausti che lanciano un appello continuo alle istituzioni, a cui chiedono aiuto. Ciò che con questo elaborato si vuole proporre è di investire in concorsi e di favorire l'assunzione di personale sanitario, in modo da alleggerire i turni di lavoro dello staff già operativo in reparti COVID. Ciò comporta la necessità di un riallestimento dei turni del personale, che dovrebbero essere ridotti per evitare un eccessivo affaticamento che è una delle cause principali di stress e, di conseguenza, di ulteriori sintomi legati alla sfera psicologica. Tali questioni sono discusse, ad esempio, in uno studio curato da L. Sasso (et al. 2017), in cui si fa riferimento al progetto europeo RN4CAST: attraverso tale indagine emerge che negli ospedali italiani ogni infermiere si prende cura di una media di nove pazienti chirurgici, un numero ben più alto rispetto alla media europea, il che non solo aumenta il rischio di mortalità, che è del 21% superiore rispetto a quelli in cui gli infermieri assistono sei pazienti, ma è anche causa di carichi di lavoro eccessivi, burnout e insoddisfazione sul lavoro (Sasso et al. 2017: 2028-2029).

In ultimo, assicurare un supporto continuato anche dopo il rientro dell'emergenza risulta imprescindibile per prevenire l'insorgere di sindromi post-traumatiche o di burnout, indipendentemente dalla gravità dei sintomi momentanei registrati, dato che non è possibile prevedere con assoluta certezza se si presenteranno o meno.

In generale, come afferma J. Jun, “mentre la risposta collettiva [...] è stata positiva, suscitando elogi per infermieri e medici come non celebrati eroi, un esame più attento della fotografia rivela infermieri, medici e altri professionisti sanitari ‘assolutamente distrutti’ che stanno lottando per gestire questa crisi” (Jun et al. 2020: 182) e che hanno bisogno non tanto del supporto della collettività, bensì di un aiuto concreto e mirato che li accompagni e che contribuisca al potenziamento della resilienza per superare questo difficile momento storico.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Albott, C. S., Wozniak, J. R., McGlinch, B. P., Wall, M. H., Gold, B. S., & Vinogradov, S. (2020). Battle Buddies: Rapid Deployment of a Psychological Resilience Intervention for Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic. *Anesthesia and analgesia*, 131(1), 43–54. <https://doi-org.ezproxy.cad.univpm.it/10.1213/ANE.0000000000004912>
- Barello, S., Palamenghi, L., & Graffigna, G. (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry research*, 290, 113-129. <https://doi-org.ezproxy.cad.univpm.it/10.1016/.psychres.2020.113129>
- Carmassi, C., Cerveri, G., Bui, E., Gesi, C., & Dell'Osso, L. (2020). Defining Effective Strategies to Prevent Post-Traumatic Stress in Healthcare Emergency Workers Facing the COVID-19 Pandemic in Italy. *CNS spectrums*, 1–5. Advance online publication. <https://doi-org.ezproxy.cad.univpm.it/10.1017/S1092852920001637>
- Charney, A. W., Katz, C., Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2020). A Call to Protect the Health Care Workers Fighting COVID-19 in the United States. *The American journal of psychiatry*, 177(10), 900–901. <https://doi-org.ezproxy.cad.univpm.it/10.1176/appi.ap.2020.20040535>
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X., Wang, J., & Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The lancet. Psychiatry*, 7(4), e15–e16. [https://doi-org.ezproxy.cad.univpm.it/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi-org.ezproxy.cad.univpm.it/10.1016/S2215-0366(20)30078-X)
- Chen, C., & Zhao, B. (2020). Makeshift hospitals for COVID-19 patients: where health-care workers and patients need sufficient ventilation for more protection. *The Journal of hospital infection*, 105(1), 98–99. <https://doi-org.ezproxy.cad.univpm.it/10.1016/.hin.2020.03.008>
- Chew, N., Lee, G., Tan, B., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, N., Yeo, L., Ahmad, A., Ahmed Khan, F., Napoleon Shanmugam, G., Sharma, A. K., Komalkumar, R. N., Meenakshi, P. V., Shah, K., Patel, B., Chan, B., Sunny, S., Chandra, B., Ong, J., Paliwal, P. R., ... Sharma, V. K. (2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 559–565. <https://doi-org.ezproxy.cad.univpm.it/10.1016/.bbi.2020.04.049>

- Di Tella, M., Romeo, A., Benfante, A., & Castelli, L. (2020). Mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy. *Journal of evaluation in clinical practice*, 10.1111/ep.13444. Advance online publication. <https://doi-org.ezproxy.cad.univpm.it/10.1111/ep.13444>
- Dosil Santamaría, M., Ozamiz-Etxebarria, N., Redondo Rodríguez, I., Jaureguizar Alboniga-Mayor, J., & Picaza Gorrotxategi, M. (2020). Psychological impact of COVID-19 on a sample of Spanish health professionals. *Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. Revista de psiquiatría y salud mental*, S1888-9891(20)30060-4. Advance online publication. <https://doi-org.ezproxy.cad.univpm.it/10.1016/rpsm.2020.05.004>
- Felice, C., Di Tanna, G. L., Zanus, G., & Grossi, U. (2020). Impact of COVID-19 Outbreak on Healthcare Workers in Italy: Results from a National E-Survey. *Journal of community health*, 45(4), 675–683. <https://doi-org.ezproxy.cad.univpm.it/10.1007/s10900-020-00845-5>
- Friganović, A., Seli, P., Ilić, B., & Sedić, B. (2019). Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: a literature review. *Psychiatria Danubina*, 31(Suppl 1), 21–31.
- Gallera, G. (2020). Coronavirus, Milano come Wuhan: In 6 giorni un ospedale da 600 posti alla Fiera. Retrieved October 18, 2020, from <https://www.ilsole24ore.com/art/coronavirus-modello-wuhan-un-ospedale-fiera-milano-6-giorni-ADzPDyCrefreshce=1>
- ISS Epicentro (2020) Dati della Sorveglianza integrata COVID-19 in Italia. Retrieved October 18, 2020, from <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-dashboard>
- Jun, J., Tucker, S., & Melnyk, B. M. (2020). Clinician Mental Health and Well-Being During Global Healthcare Crises: Evidence Learned From Prior Epidemics for COVID-19 Pandemic. *Worldviews on evidence-based nursing*, 17(3), 182–184. <https://doi-org.ezproxy.cad.univpm.it/10.1111/wvn.12439>
- Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., Yao, L., Bai, H., Cai, Z., Xiang Yang, B., Hu, S., Zhang, K., Wang, G., Ma, C., & Liu, Z. (2020). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 11–17. <https://doi-org.ezproxy.cad.univpm.it/10.1016/bbi.2020.03.028>
- Kisely, S., Warren, N., McMahon, L., Dalais, C., Henry, I., & Siskind, D. (2020). Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 369, m1642. <https://doi-org.ezproxy.cad.univpm.it/10.1136/bm.m1642>

- López-Atanes, M., Recio-Barbero, M., & Senz -Herrero, M. (2020). Are women still "the other" Gendered mental health interventions for health care workers in Spain during COVID-19. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 12(S1), S243–S244. <https://doi-org.ezproxy.cad.univpm.it/10.1037/tra0000751>
- Marsh, S. (2020). NHS staff making masks from snorkels amid PPE shortages. Retrieved October 18, 2020, from <https://www.theguardian.com/society/2020/apr/01/nhs-staff-making-masks-from-snorkels-amid-ppe-shortages>
- Maunder, R. G., Lancee, W. J., Mae, R., Vincent, L., Peladeau, N., Beduz, M. A., Hunter, J. J., & Leszcz, M. (2010). Computer-assisted resilience training to prepare healthcare workers for pandemic influenza: a randomized trial of the optimal dose of training. *BMC health services research*, 10, 72. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-72>
- McDougall, R. J., Gillam, L., Ko, D., Holmes, I., & Delany, C. (2020). Balancing health worker well-being and duty to care: an ethical approach to staff safety in COVID-19 and beyond. *Journal of medical ethics*, medethics-2020-106557. Advance online publication. <https://doi-org.ezproxy.cad.univpm.it/10.1136/medethics-2020-106557>
- Ministero della Salute (2020). Come proteggersi dal nuovo coronavirus. Retrieved October 18, 2020, from <http://www.salute.gov.it/portale/p512.splingua=italiano>
- Moorthy, A., & Sankar, T. K. (2020). Emerging public health challenge in UK: perception and belief on increased COVID19 death among BAME healthcare workers. *Journal of public health (Oxford, England)*, 42(3), 486–492. <https://doi-org.ezproxy.cad.univpm.it/10.1093/pubmed/fdaa096>
- Pearman, A., Hughes, M. L., Smith, E. L., & Neupert, S. D. (2020). Mental Health Challenges of United States Healthcare Professionals During COVID-19. *Frontiers in psychology*, 11, 2065. <https://doi-org.ezproxy.cad.univpm.it/10.3389/fpsyg.2020.02065>
- Reger, M. A., Stanley, I. H., & Joiner, T. E. (2020). Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019-A Perfect Storm *JAMA psychiatry* , 10.1001/amapsychiatry.2020.1060. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/amapsychiatry.2020.1060>
- Ryall, J. (2020). Coronavirus: Doctors collapse from exhaustion as virus spreads through South Korea. Retrieved October 18, 2020, from <https://www.telegraph.co.uk/news/2020/03/03/coronavirus-doctors-collapse-exhaustion-virus-spreads-south/>
- Salazar de Pablo, G., Vaquerizo-Serrano, J., Catalan, A., Arango, C., Moreno, C., Ferre, F., Shin, J. I., Sullivan, S., Brondino, N., Solmi, M., & Fusar-Poli, P. (2020). Impact of coronavirus syndromes

on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 275, 48–57. <https://doi-org.ezproxy.cad.univpm.it/10.1016/.ad.2020.06.022>

Sasso, L., Bagnasco, A., Zanini, M., Catania, G., Aleo, G., Santullo, A., Spandonaro, F., Icardi, G., Watson, R., & Sermeus, W. (2017). The general results of the RN4CAST survey in Italy. *Journal of advanced nursing*, 73(9), 2028–2030. <https://doi-org.ezproxy.cad.univpm.it/10.1111/an.13066>

Shah, N., Raheem, A., Sideris, M., Velauthar, L., & Saeed, F. (2020). Mental health amongst obstetrics and gynaecology doctors during the COVID-19 pandemic: Results of a UK-wide study. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 253, 90–94. <https://doi-org.ezproxy.cad.univpm.it/10.1016/.eogrb.2020.07.060>

Sisto, A., Vicinanza, F., Campanozzi, L. L., Ricci, G., Tartaglini, D., & Tambone, V. (2019). Towards a Transversal Definition of Psychological Resilience: A Literature Review. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 55(11), 745. <https://doi-org.ezproxy.cad.univpm.it/10.3390/medicina55110745>

Stewart, H., Mason, R., & Dodd, V. (2020). Boris Johnson orders UK lockdown to be enforced by police. Retrieved October 19, 2020, from <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/23/boris-johnson-orders-uk-lockdown-to-be-enforced-by-police>

Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *The International journal of social psychiatry*, 66(4), 317–320. <https://doi-org.ezproxy.cad.univpm.it/10.1177/0020764020915212>

Wilder-Smith, A., Chiew, C. J., & Lee, V. J. (2020). Can we contain the COVID-19 outbreak with the same measures as for SARS? *The Lancet. Infectious diseases*, 20(5), e102–e107. [https://doi-org.ezproxy.cad.univpm.it/10.1016/S1473-3099\(20\)30129-8](https://doi-org.ezproxy.cad.univpm.it/10.1016/S1473-3099(20)30129-8)

WHO (2020). Listings of WHO's response to COVID-19. Retrieved October 18, 2020, from <https://www.who.int/news/item/29-06-2020-covid-timeline>

WHO (2020). WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. (n.d.). Retrieved October 18, 2020, from <https://covid19.who.int/table>

WHO (2020). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. Retrieved October 18, 2020, from <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W. F., Xue, Q., Peng, M., Min, B. Q., Tian, Q., Leng, H. X., Du, J. L., Chang, H., Yang, Y., Li, W., Shanguan, F. F., Yan, T. Y., Dong, H. Q., Han, Y., Wang, Y. P., Cosci, F., & Wang, H. X. (2020). Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health

Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychotherapy and psychosomatics*, 89(4), 242–250. <https://doi-org.ezproxy.cad.univpm.it/10.1159/000507639>