



# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

*Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)*







# SOMMARIO

Anno XXXIII • n. 1 • gennaio–giugno

## PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

**Fondata e Diretta da:**  
Alberto Giannelli

**Comitato di Direzione:**  
Massimo Rabboni (Bergamo)  
Massimo Clerici (Monza)

**Comitato Scientifico:**  
Claudio Mencacci (Milano, MI)  
Gianluigi Tomaselli (Treviglio, BG)  
Giorgio Cerati (Legnano)  
Emilio Sacchetti (Brescia)  
Silvio Scarone (Milano)  
Gian Carlo Cerveri (Milano)  
Arcadio Erlicher (Milano)  
Simone Vender (Varese)  
Antonio Vita (Brescia)  
Giuseppe Biffi (Milano)  
Mario Ballantini (Sondrio)  
Franco Spinogatti (Cremona)  
Costanzo Gala (Milano)  
Gabiella Ba (Milano)  
Cinzia Bressi (Milano)  
Claudio Cetti (Como)  
Giuseppe De Paoli (Pavia)  
Nicola Poloni (Varese)  
Antonio Magnani (Castiglione delle Stiviere, MN)  
Gianluigi Nobili (Desenzano, BS)  
Andrea Materzanini (Iseo, BS)  
Alessandro Grecchi (Varese)  
Francesco Bartoli (Monza)  
Lucia Volonteri (Milano)  
Antonino Calogero (Castiglione delle Stiviere, MN)

**Segreteria di Direzione:**  
Giancarlo Cerveri

**Art Director:**  
Paperplane snc

**Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori**

### COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it).

### EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1 - 24127 Bergamo  
Tel. 035 26.63.66 - [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it)  
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88  
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

### IN PRIMO PIANO

**3** **Psichiatria ai tempi di sars-cov-2: il caso di Codogno**  
di Paletta S., Grassi S., Bertorello A., Bonizzoni M., Grasso F., Cerveri G.

### PARERI

**11** **Tossicodipendenza: normalità o coercizione alla cura?**  
*Possibilità e limiti di un approccio ad una "doppia diagnosi" che cambia sempre più velocemente*  
di Clerici M.

### SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

**20** **Interventi psichiatrici di consulenza e collegamento nei reparti COVID-19**  
*L'esperienza lariana*  
di Alamia A., Casolaro I., Guanella E., Banfi F., Ferrari R., Fraticelli C.

**30** **Studio quali-quantitativo di follow up sul passaggio e la continuità delle cure dalla npia alla psichiatria adulti nei giovani in età di transizione**  
di Carnevali C., Meiattini R., Montrasio C., Durbano F.

**40** **I Disturbi da Stress nel personale sanitario**  
*Un modello di intervento durante l'emergenza Covid-19 nell'ASST di Lodi*  
di Cibra C., Marasco M., Grossi C., Diadema E., Carmassi C., Gesi C., Dell'Osso L., Paglia S., Cerveri G.

**48** **Musicalità e psicopatologia: il potere riabilitativo del canto**  
di Crespi G., Tringali A., Anguilano L., Viganò F., Limonta M., Clerici M.

**57** **¡VAMOS!**  
*Un progetto terapeutico-riabilitativo per una psichiatria oltre i confini*  
De Adamich B.M., Parabiaghi A.

**64** **Impatto di covid-19 sui servizi psichiatrici d'urgenza**  
*L'esperienza milanese del Fatebenefratelli-Sacco*  
di Dragogna F., Russo S., Mencacci C.

**71** **Il servizio per l'ADHD dell'adulto durante la pandemia da COVID-19**  
*Tra riorganizzazione e individualizzazione degli interventi*  
di Uccello M., Meola L., Fraticelli C.

### PSICHIATRIA FORENSE

**76** **Uso di misure contenitive e responsabilità dello psichiatra**  
di Mantovani R.

**78** **Dalla sentenza della Corte di Cassazione n. 99 del 2019 al bilanciamento tra il diritto alla salute dell'individuo affetto da patologie psichiatriche entrato nel circuito penale, il diritto alla sicurezza della collettività e le responsabilità e le risorse della psichiatria territoriale: i Dipartimenti di Salute Mentale come "vittime" o come attori protagonisti?**  
di Amatulli A.

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

## PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:  
[www.psichiatriaoggi.it](http://www.psichiatriaoggi.it)

# I Disturbi da Stress nel personale sanitario

## *Un modello di intervento durante l'emergenza Covid-19 nell'ASST di Lodi*

*C. Cibra\*, M. Marasco\*, C. Grossi\*, E. Diadema\*, C. Carmassi°, C. Gesi<sup>§</sup>, L. Dell'Osso°, S. Paglia", G. Cerveri\**

### INTRODUZIONE

Negli ultimi anni diversi studi clinici ed epidemiologici hanno messo in luce come gli operatori sanitari siano particolarmente soggetti a sviluppare quadri psicopatologici variamente articolati, ma riconducibili a forme stress-correlate. Tra queste, rientra ormai anche nel linguaggio comune il concetto di "sindrome da burnout" (BOS), ad indicare, secondo una delle più autorevoli definizioni in materia, una sindrome da esaurimento emotivo, depersonalizzazione e riduzione delle capacità mentali (Maslach, 1982), derivante dallo squilibrio fra le richieste lavorative e le capacità della persona di soddisfarle. La BOS era stata descritta inizialmente, ed in effetti si riscontra particolarmente, in quelle professioni in cui il lavoratore si occupa di altre persone: fra queste, medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali ed operatori sanitari in genere. Recentemente è emerso altresì il potenziale traumatico correlato ad alcune categorie lavorative, al punto che nell'ultima edizione del Manuale Statistico e Diagnostico dei disturbi mentali (DSM-5) (APA, 2013), per la prima volta, l'esposizione professionale ripetuta o estrema a dettagli crudi di evento/i traumatico/i, tipica degli operatori che si trovano sovente in contatto con quadri clinici estremamente critici e spesso fatali, viene contemplata come possibile criterio A, necessario per por diagnosi di PTSD. Si è assistito nel contempo ad un crescente interesse in letteratura sul personale sanitario esposto a simili eventi, in particolare quello impiegato nei reparti di Emergenza-Pronto Soccorso e di Terapia Intensiva, ed in effetti in molteplici studi sono stati evi-

denziati fra gli operatori alti livelli di ansia, depressione, BOS ed una prevalenza di PTSD che va dall'8% al 30% (Karanikola, 2015; Salmon, 2019). In realtà, una revisione della letteratura relativamente recente ha riportato una prevalenza di PTSD in diverse tipologie di operatori sanitari compresa fra il 10% e il 20% (Robertson et al., 2010), nettamente superiore a quella della popolazione generale, in cui il tasso di PTSD lifetime, almeno in Italia, si assesta intorno al 2,3% (Carmassi et al., 2014; De Girolamo, 2006). Le manifestazioni sintomatologiche stress-correlate possono essere varie, ad espressività sia somatica (per esempio, spossatezza, cefalea, disturbi gastrointestinali, insonnia) che psichica (per esempio, alterazioni negative di pensieri ed emozioni, irrequietezza, aumentato arousal fino alla sospettosità, ipoprossia, condotte di evitamento, sentimenti di frustrazione, rabbia, colpa, inadeguatezza, distacco), con conseguenze non solo nell'ambito professionale, ma anche nella sfera personale. Tali soggetti manifestano frequentemente alterazioni timiche o dei ritmi cronobiologici, così come sintomi d'ansia, e non di rado ricorrono ad alcol, sostanze o farmaci come "autoterapici". I sintomi ansiosi, depressivi e post-traumatici da stress possono ripercuotersi seriamente anche sulle prestazioni lavorative: diversi studi riportano in questi casi l'aumento di omissioni nei turni, la perdita di giorni di attività, errori nella somministrazione della terapia, varie difficoltà nella pratica assistenziale, con conseguente diminuzione della sicurezza e della soddisfazione dei pazienti (Gärtner et al., 2010). È doveroso specificare che il trauma rappresenta una condizione necessaria ma non sufficiente per lo sviluppo di una psicopatologia e che non necessariamente l'esposizione ad eventi traumatici conduce allo sviluppo di PTSD; diversi altri fattori entrano in gioco, fra cui la storia e le caratteristiche individuali, prima fra tutte la capacità di resilienza.

La pandemia da SARS-CoV-2, esplosa a partire dal febbraio 2020 dopo il riconoscimento del primo caso in Europa nel Presidio Ospedaliero di Codogno (LO),

---

risulta essere un evento di per sé eccezionale e grave, pertanto potenzialmente traumatico. In aggiunta, ha imposto una improvvisa riorganizzazione delle attività assistenziali ed un ingente carico emotivo e prestazionale sul personale sanitario, in prima battuta quello impiegato nell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Lodi. Come conseguenza, i professionisti della salute impiegati si sono trovati di colpo a gestire una emergenza sanitaria mai affrontata prima, in un clima di marcato stress, di multiple fonti di paure e preoccupazioni, di isolamento; in molti casi si sono resi necessari prolungati orari di lavoro ed il displacement degli specialisti in differenti reparti. Alcuni di questi elementi erano emersi anche durante l'epidemia del virus SARS del 2002-2004 e studi dell'epoca avevano già messo in luce come gli operatori sanitari ad essa sopravvissuti mostrassero elevati livelli di stress e preoccupanti sintomi di disagio psichico (Lee, 2007).

Scopo di questa pubblicazione è di descrivere come il DSMD della ASST di Lodi ha cercato di farsi garante della salute psichica degli operatori impegnati in prima linea nel contrastare la diffusione del virus SARS-CoV-2, nonché di fornire i numeri ed i contenuti preliminari derivanti dall'analisi del campione iniziale, rappresentato dagli operatori sanitari che hanno richiesto tale servizio nel corso dei primi 3 mesi circa dall'inizio dell'emergenza sanitaria.

## **COM'È NATO L'AMBULATORIO SUPPORTO OPERATORI IN PRIMA LINEA**

Il 21 febbraio 2020 veniva diagnosticato il primo caso di contagio da SARS-CoV-2 in Italia, nel Presidio Ospedaliero di Codogno. Nei giorni immediatamente successivi, il Direttore del Pronto Soccorso (PS) (nelle due sedi di Lodi e Codogno), Dr. Stefano Paglia, chiedeva al Direttore del DSMD, Dr. Giancarlo Cerveri, di strutturare un servizio di supporto per gli operatori del PS in prima linea nella cura dei pazienti vittime del Covid-19. La richiesta specifica, prima dell'attivazione del servizio, è stata quella di individuare i professionisti

della salute mentale che sarebbero stati coinvolti, al fine di accompagnarli in un'osservazione diretta delle condizioni già radicalmente modificate dell'assetto del PS, della tipologia di pazienti ricoverati e delle condizioni di lavoro degli operatori in servizio. Nel mentre, il PS di Codogno era stato immediatamente chiuso e quello di Lodi era rimasto l'unico attivo sul territorio provinciale. Il 23 febbraio il numero dei pazienti ricoverati era già moltiplicato, le loro condizioni erano spesso critiche o molto critiche, con quadri clinici anche difficilmente modificabili, nonostante gli sforzi terapeutici; conseguentemente, purtroppo, il numero di decessi era già elevato. Il bisogno esponenziale di ossigeno e di presidi ventilatori si è configurato come elemento fondamentale e gli operatori si sono trovati necessariamente a dover trovare delle soluzioni fuori dall'ordinaria attività di PS, per provare a garantire un'adeguata assistenza. Le condizioni di lavoro si sono modificate in termini di aumento di carico di lavoro nell'ambito del turno, di numero di pazienti ricoverati e di attività clinica. L'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale (DPI) ha reso necessaria l'identificazione personale con il numero di matricola e nome scritto sui camici, con una conseguente personalizzazione e una difficoltà nel riconoscimento, oltre ad una fatica nello svolgimento delle attività ordinarie. La vestizione e svestizione, normata da rigidi protocolli operativi, era talmente dispendiosa, in termini di tempo necessario, da dissuadere l'operatore anche nell'assecondare le naturali pause fisiologiche. In aggiunta, si definiva da subito la condizione di isolamento per il controllo epidemiologico, che escludeva l'accesso ai familiari al capezzale dei congiunti, per contenere il rischio di contrarre e trasmettere l'infezione. Tale condizione ha determinato così un vissuto di solitudine deprimente e spaventosa, sia per i pazienti che per gli operatori, che nei limiti delle loro possibilità hanno cercato comunque di garantire il più possibile la dignità delle persone, anche nell'accompagnamento al fine vita.

Da subito sono emersi alcuni elementi di rischio par-

ticolarmente significativi: l'aumento dei turni, anche per le malattie dei colleghi; la necessità di acquisire nuove competenze direttamente sul campo senza training; la paura di infettarsi e di contagiare i propri familiari; alcune scelte diagnostiche che si sono presentate come essenziali e definite dalla situazione contingente; la comunicazione con i familiari dei pazienti, soprattutto in caso di aggravamento delle condizioni cliniche o del decesso.

## MODELLO D'INTERVENTO

Il modello d'intervento proposto è stato declinato sulla necessità di fornire uno spazio di ascolto che fosse contenitivo, accogliente, ma anche in grado di valutare clinicamente le condizioni psicofisiche degli operatori. I professionisti coinvolti sono stati un medico psichiatra e uno psicologo psicoterapeuta, che insieme hanno condotto i colloqui clinici. Per oggettivare la valutazione clinica è stata predisposta una batteria di test psicometrici, definita in collaborazione con la Prof.ssa Claudia Carmassi, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale Sezione Psichiatria dell'Università di Pisa, uno dei centri italiani di riferimento per la ricerca e lo studio della sintomatologia post-traumatica sia negli operatori sanitari (Carmassi, 2016), sia nelle popolazioni colpite da catastrofi naturali e non, come il terremoto dell'Aquila del 2009 (Dell'Osso, 2013) o il disastro ferroviario di Viareggio (LU) dello stesso anno. Le scale prescelte sono state le seguenti: *Impact of Event Scale-Revised* (IES-R) (Weiss, 1997), questionario standardizzato in autosomministrazione impiegato per indagare la presenza di una sintomatologia post-traumatica, costituito da tre sottodimensioni (Riesperienza, Iperarousal, Evitamento); *Professional Quality of Life* (ProQOL) (Hudnall Stamm, 2009), strumento che va ad indagare tre diversi costrutti: Compassion Satisfaction, Burnout e Secondary Traumatic Stress; *Work and Social Adjustment Scale* (WSAS) (Mundt, 2002), per valutare l'impatto di un evento sul funzionamento sociale e lavorativo; *Resilience Scale* (Wagnild, 2006), che si basa su cinque dimensioni di resilienza: perseve-

ranza, equilibrio, unicità, fiducia in sé stessi e ricerca di significato; *General Anxiety Disorder* (GAD-7) (Spitzer, 2006), per valutare il livello dell'ansia; *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) (Kroenke, 2001), per misurare la sintomatologia depressiva. Tale valutazione è stata proposta agli operatori che si sono rivolti all'Ambulatorio Supporto Operatori in Prima Linea tramite un link, che consentiva un accesso diretto on-line e che permetteva la compilazione e l'invio automatico dei dati raccolti.

L'ambulatorio originariamente nato per gli operatori del Pronto Soccorso di Lodi, è poi stato esteso a tutti gli operatori impegnati attivamente nella cura dei pazienti infetti da SARS-CoV-2, anche nei reparti di degenza, suddivisi a seconda della gravità delle condizioni cliniche. L'Ospedale ha infatti visto in tempi rapidi una riorganizzazione funzionale, con l'apertura di reparti solo per pazienti Covid-19 positivi classificati per colore (arancione, giallo, blu) in scala di gravità clinica crescente: Arancione-pazienti sospetti; Giallo-pazienti sintomatici con insufficienza respiratoria lieve/media; Blu-pazienti con insufficienza respiratoria grave (CPAP e subintensiva); terapia intensiva e subintensiva (TIS).

Così come avvenuto all'interno del Pronto Soccorso, è stata valutata opportuna anche dai Direttori dei reparti coinvolti un'osservazione diretta delle realtà di lavoro da parte dei professionisti della salute mentale coinvolti nell'Ambulatorio. Agire direttamente la vestizione e la svestizione nelle zone filtro all'ingresso dei reparti, sperimentare la difficoltà di svolgere la propria mansione nelle condizioni già sopra citate, percepire direttamente i cambiamenti avvenuti in reparti noti, ma completamente trasformati, si è rivelata un'esperienza fondamentale nella possibilità di fornire un ascolto attento e partecipato agli operatori. Simmetricamente, ha permesso agli operatori che hanno avuto accesso all'Ambulatorio la possibilità di una narrazione libera, immagini della realtà vissuta comunicabili solo a chi ha condiviso l'esperienza. Tale modalità è stata condivisa e supportata anche dalla Direzione del Comparto: Direttore Professioni Sanitarie

(DPSS) a Referenti di Area Dipartimentale (RAD) dei Dipartimenti, che hanno accompagnato psichiatra e psicologo nei reparti.

L'Ambulatorio è stato poi organizzato anche per i presidi ospedalieri di Codogno e Sant'Angelo Lodigiano, anch'essi coinvolti nella cura di pazienti positivi al Covid-19, secondo le stesse modalità. In tutti e tre i presidi sono state scelte delle stanze in cui svolgere i colloqui che fossero prossime ai reparti ove gli operatori svolgevano la loro attività, al di fuori dei Centri Psico Sociali, garantendo il più possibile un'adeguata privacy. Gli orari dell'Ambulatorio sono stati plasmati sulle esigenze degli operatori, per favorirne l'accesso, soprattutto in occasione dello smonto del mattino e della fascia centrale (smonto mattino, montò pomeriggio).

Riguardo gli operatori sanitari operativi non direttamente su pazienti positivi al Covid-19, è stato messo a disposizione un supporto telefonico, al quale l'operatore poteva rivolgersi liberamente, fissando un colloquio o più d'uno a seconda del bisogno. Anche telefonicamente è stata proposta la stessa autovalutazione on-line e, se il bisogno risultava essere di natura più complessa, l'invio era all'Ambulatorio, per una eventuale valutazione psichiatrica. Il modello a due, psichiatra e psicologo, ha garantito un ascolto multiprofessionale e in grado di accogliere più efficacemente i contenuti dolorosi portati dagli operatori, oltre ad una doppia osservazione delle condizioni cliniche, confrontata successivamente con i risultati delle scale autosomministrate. Il tentativo di provare a restituire un significato alle narrazioni si è rafforzato dall'essere in doppia presenza. È stata valutata opportuna anche una supervisione settimanale, da parte di uno psichiatra dell'unità operativa, ai professionisti della salute mentale coinvolti nell'Ambulatorio.

### **CHI SI È RIVOLTO ALL'AMBULATORIO SUPPORTO OPERATORI IN PRIMA LINEA**

Dal 3 di marzo al 15 di maggio 2020, 81 dipendenti si sono rivolti all'Ambulatorio. Di questi, 50 (62%) operativi

nei reparti in prima linea dei presidi di Lodi e Codogno, 31 (38%) hanno usufruito del supporto telefonico. Nella maggior parte dei casi è stato effettuato un solo incontro; con il 10% degli operatori si è invece concordata la necessità di ulteriori colloqui. Varie figure professionali hanno richiesto un supporto, perlopiù medici (38%), seguiti da infermieri (36%), O.S.S. (18%) e personale amministrativo (8%). L'età era varia, tra i 25 e i 63 anni (età media  $41 \pm 10$ ). Gli operatori erano per la maggior parte donne (69%). L'anamnesi psicopatologica ha rilevato come l'aver sperimentato in precedenza un supporto psicologico (35%) o un trattamento psicofarmacologico (21%), così come l'aver avuto una patologia psichiatrica (12%) o una familiarità per essa (11%), sono risultati elementi facilitatori per l'accesso al servizio di supporto. I primi operatori che hanno preso contatto, forse grazie alle precedenti esperienze, hanno saputo avvicinarsi con meno difese e con una maggiore facilità narrativa.

La compilazione della scheda anamnestica creata per il servizio ha aiutato a capire come e se alcuni elementi fossero mutati in relazione allo stress sperimentato dallo scoppio della pandemia: vari operatori hanno aumentato il consumo di caffè e sigarette (32%), molti infermieri ed O.S.S. (46%) hanno riportato una modificazione del regime alimentare, spesso caratterizzata dall'aumento del consumo di cibo, in minor quota (8%) veniva riferita inappetenza. Difficoltà ad addormentarsi (66%), risvegli notturni, sogni spaventosi spesso legati alla pandemia, sono stati oggetto di racconto durante i colloqui. Più di un operatore si è svegliato dopo aver sognato di aver abbassato la mascherina per sbaglio, o con la sensazione di fame d'aria provocata dai DPI. Un aspetto critico descritto è stato l'utilizzo di misure precauzionali al di fuori dell'orario lavorativo. Quasi tutti i professionisti (91%) hanno raccontato la fatica del dover utilizzare le mascherine o altri DPI anche in casa, la divisione delle stanze, o addirittura la scelta di non vivere con il proprio nucleo familiare per paura dell'eventuale contagio.

Gli operatori si sono dovuti confrontare anche con la



perdita di parenti o amici stretti a causa del virus (16%) e, ancor più, con il contagio di colleghi (49%). Questo, oltre ad aumentare la paura per la propria salute, ha influito sulla distribuzione dei carichi di lavoro. Agli operatori del Pronto Soccorso, in particolar modo nelle prime settimane, è stato chiesto spesso (48,6%) un aumento delle ore di permanenza in servizio, aumentando conseguentemente l'intensità dell'esposizione ai decessi e all'accompagnamento al fine vita. Compiti particolarmente gravosi nei giorni più bui della pandemia, giorni in cui i decessi hanno raggiunto valori estremi rispetto alla routine che fino al mese precedente caratterizzava il Pronto Soccorso.

Degli 81 operatori che si sono rivolti all'ambulatorio, 60 (74%) hanno risposto alla batteria di questionari in autosomministrazione, pur in 18 dei casi mancanti di GAD-7 (Spitzer, 2006) e PHQ-9 (Kroenke, 2001), scale inserite in un secondo momento nel progetto. Di seguito, un riassunto dei risultati emersi tramite gli strumenti psicometrici. Un significativo numero di professionisti (N=32, 53,3%) riporta una sintomatologia suggestiva per il Disturbo Post-Traumatico, valutata tramite la scala IES-R; l'eventuale strutturazione del disturbo verrà valutata con una nuova indagine dopo sei mesi. Dall'analisi dei punteggi emersi al ProQOL risulta: un punteggio medio di  $37 \pm 6,9$  nella sottoscala Compassion Satisfaction (solo un dipendente è sceso sotto il cut-off di 22); un punteggio medio di  $25,5 \pm 6$  nella sottoscala che misura i livelli di burnout (nessun operatore ha superato il cut off); un punteggio medio di  $23,7 \pm 7,5$  nella sottoscala Secondary Traumatic Stress (solo un dipendente oltre il cut-off). Metà degli operatori (N=30) hanno ottenuto punteggi significativi al questionario WSAS: tale dato potrebbe evidenziare quanto il distanziamento sociale imposto abbia impattato sul funzionamento lavorativo e sociale. I livelli di resilienza medi ( $132 \pm 16,3$ ) risultavano elevati. La media dei punteggi ottenuti nella scala GAD-7 ( $11 \pm 5$ ) mostra complessivamente moderati livelli di ansia, ma 12 operatori (28,5%) hanno ottenuto punteggi coerenti

con un livello d'ansia considerato severo. Mediamente, i punteggi ottenuti nella scala PHQ-9 (media  $9 \pm 5,7$ ) indicano un livello di depressione sottosoglia; fra coloro i quali hanno superato il cut-off, 13 dipendenti (31%) riportano punteggi suggestivi per una sintomatologia depressiva lieve, 3 severa.

In media dunque, l'operatore che ha usufruito del servizio di supporto risulta essere un professionista resiliente, che trae soddisfazione nello svolgere la propria professione, significativamente colpito dai cambiamenti imposti dalla pandemia in atto e che in vari casi manifesta una sintomatologia riconducibile al disturbo post-traumatico da stress. Attualmente non presenta sintomatologia riconducibile alla sindrome del Burnout. Il livello di ansia percepito è moderato, lieve la sintomatologia depressiva media riferita.

Da una prima analisi sulla distribuzione dei punteggi si nota che gli OSS sono la categoria professionale che ha ottenuto i valori maggiori nel GAD-7 (media  $13 \pm 5$ ). Dai colloqui è emerso l'importante contributo di tale figura professionale, che si è sentita investita della responsabilità di garantire dignità al commiato, prendendosi cura delle salme in assenza dei familiari.

Gli infermieri mostrano il più alto livello di Resilienza (media  $135 \pm 15$ ) e Compassion Satisfaction-ProQOL (media  $40 \pm 7$ ), ma anche i punteggi più alti alla scala IES-R (media  $42 \pm 16$ ) e Secondary Traumatic Stress-ProQOL (media  $25 \pm 7$ ). I medici riportano più alti livelli di Burnout-ProQOL (media  $26 \pm 6$ ), senza comunque raggiungere valori critici.

## LE IMMAGINI DEL TRAUMA

Pronto Soccorso e Terapia Intensiva affollate di casi di polmoniti atipiche che non rispondono ai comuni protocolli di intervento, quadri di insufficienza respiratoria gravi, gravissimi, letali. Affollamento nei locali del PS, nei corridoi, una distesa di letti con uomini e donne, inermi, affamati d'aria; gli sguardi perplessi in cerca di un contatto visivo, una rassicurazione, una promessa.

---

Di fronte, i medici senza certezze, senza risposte, con la pietà di promettere che faranno tutto il possibile. Queste le immagini del trauma che si ripresentano vivide alla mente degli operatori, quegli sguardi interrogativi e la fatica di dare risposta. Questi i vividi ricordi, con carattere intrusivo e ricorrente, esperiti con intensa partecipazione affettiva. L'evento si ripresenta sotto forma di immagini nella solitudine delle notti insonni, tormentate da incubi e frequenti risvegli, come se il tempo non fosse passato. Ma, di fatto, il tempo per i primi due mesi non passa, lo scenario rimane drammatico, l'assetto organizzativo è in continuo mutamento per far fronte all'aumentare nel numero dei pazienti. L'operatore sanitario non può permettersi di mettere in atto strategie di evitamento, non può e non vuole sottrarsi all'evento traumatico, il mandato di cura che originariamente ha mosso la sua scelta professionale gli impone di proseguire il suo lavoro in "trincea" sottoponendosi alla continuativa esposizione allo stress. Il professionista è impotente, frustrato, ferito. Volgendo lo sguardo sulla distesa di letti percepisce la solitudine del paziente, l'uomo la donna, così simile a sé e ai suoi cari così lontani, necessariamente tenuti a distanza per proteggerli, per scongiurare la diffusione dell'infezione.

Quel luogo diventa un luogo di solitudine e nello stesso tempo unico luogo di condivisione. Il gruppo si sostiene, si muove all'unisono. Dietro i DPI si vedono solo gli occhi, sguardi attenti e comunicativi che possono cogliere come non mai i momenti di sconforto, il bisogno di fermarsi e piangere. La reattività viene tollerata, ogni asperità viene superata, un codice nuovo e comune consente una comunicazione rapida ed efficace. Un assetto cognitivo nuovo con diversi livelli di attenzione, una condizione di iperarousal per non essere colti di sorpresa, per essere pronti ad affrontare una nuova sfida, per essere preparati. Fenomeni di numbing, stato di ottundimento emozionale ed affettivo, percepiti come un drammatico adattamento alla elevata mortalità a cui assistono, si osservano dopo quasi tre mesi di esposizione. Incertezza

totale sul futuro, sulla durata della pandemia, sugli esiti. Quando si tornerà alla quotidianità del reparto così come lo si conosceva prima di ora?

## CONCLUSIONI

Il modello d'intervento descritto, pur strutturato in una situazione di generale emergenza sanitaria, si è rivelato efficace in termini di potenzialità di accoglimento e riconoscimento dei bisogni emersi nei diversi ambiti, in particolare nel supporto al personale sanitario. I professionisti sanitari che si sono rivolti all'Ambulatorio Supporto Operatori in Prima linea hanno mediamente mostrato un quadro di equilibrio psichico più che discreto, tenendo conto delle variabili che hanno caratterizzato il loro agire professionale durante l'emergenza Covid-19. Sono rimasti lucidi, critici, nonostante i comuni sentimenti di impotenza clinica, di incertezza desolante sul tempo che ancora sarebbe servito per tornare ad una attività lavorativa routinaria, di frustrazione, finanche di rabbia; nonostante la paura di ammalarsi a loro volta, che è apparsa consapevole ma contenuta e che non li ha fermati dallo svolgere il loro lavoro con dedizione. La partecipazione emotiva si è rivelata marcata, spesso vissuta come straziante nel vedere i pazienti che morivano da soli, con meccanismi di identificazione proiettiva inevitabili, ma non patologici. Il gruppo è emerso come coeso, quasi rafforzato dalle grandi prove che ha dovuto affrontare, in un certo qual modo adattato via via che il tempo è passato. Tutti gli operatori che hanno usufruito del servizio di supporto verranno rivalutati, sia mediante un colloquio clinico parimenti organizzato, sia mediante appositi strumenti psicometrici, dopo 6 mesi (T1). Particolare attenzione verrà posta sull'eventuale strutturazione di quadri ascrivibili a disturbi da stress acuto e post-traumatici da stress, così come agli elementi di maggior resilienza.

Dai risultati preliminari riportati potrebbero emergere inoltre possibili strategie di prevenzione sia per la salute, sia per il funzionamento lavorativo, degli operatori sanitari impegnati in prima linea durante l'emergenza Covid-19.



---

## FOCUS SUL RUOLO DEL DSMD

Da una visione ospedalocentrica, propria dell'istituzione ospedaliera, l'emergenza ha spinto la Direzione Strategica dell'ASST di Lodi a investire sulla visione territoriale propria del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze. Il DSMD è stato designato come collettore delle risorse e centro di programmazione e coordinamento di tutti gli interventi di valutazione e sostegno dei bisogni di natura psicologica e psichiatrica connesse all'emergenza, coinvolgendo anche professionisti di altri dipartimenti. Oltre all'iniziale creazione dell'Ambulatorio a Supporto per gli Operatori Sanitari, sono emerse anche altre aree di intervento, per le quali sono stati strutturati modelli di intervento differenti. Nell'organizzazione di tali modelli, necessariamente si è dovuto tenere conto dei limiti imposti dalla situazione contingente (autoisolamento, quarantena per i pazienti e i familiari, utilizzo di modalità differenti di contatto telefonico, video call, piattaforme online per le valutazioni autosomministrate). È stato tuttavia possibile istituire i seguenti servizi: il supporto per i familiari dei pazienti deceduti, nella prevenzione dell'insorgere di un lutto complicato (Neimeyer, 2006); il supporto per i familiari dei pazienti ricoverati; il supporto per i pazienti in telesorveglianza, col fine di monitorare oltre alla salute fisica anche quella mentale; uno specifico supporto psicologico per i cittadini tutti che ne abbiano fatto richiesta.

---

### AFFERENZA DEGLI AUTORI

*\* Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze ASST di Lodi*

*§ Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze ASST*

*Fatebenefratelli e Sacco*

*° Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale-Sezione*

*Psichiatria, Università di Pisa*

*“Direttore UOC Emergenza Urgenza ASST di Lodi*

## BIBLIOGRAFIA

1. Maslach C., 1982. *Burnout, the cost of caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
2. American Psychiatric Association (APA), 2013. *DSM-5, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, traduzione italiana*. Raffaello Cortina, Milano, 2014
3. Karanikola M., Giannakopoulou M., Mpouzika M., Kaite C.P., Tsiaousis G.Z., Papanthanasoglou E.D., 2015. *Dysfunctional psychological responses among Intensive Care Unit Nurse: a systematic review of the literature*. Rev Esc Enferm USP, 29, 847-57.
4. Salmon G., Morehead A., 2019. *Posttraumatic Stress Syndrome and Implications for Practice in Critical Care Nurses*. Crit Care Nurs Clin North Am. 31(4):517-26. DOI: 10.1016/j.cnc.2019.07.007.
5. Robertson N., Perry A., 2010. *Institutionally based health care workers' exposure to traumatogenic events: systematic review of PTSD presentation*. J Trauma Stress. 23(3):417-20. DOI: 10.1002/jts.20537.
6. Carmassi C., Dell'Osso L., Manni C., Candini V., Dagani J., Iozzino L., Koenen K.C., de Girolamo G., 2014. *Frequency of trauma exposure and Post-Traumatic Stress Disorder in Italy: analysis from the World Mental Health Survey Initiative*. Journal of psychiatric research 59, 77-84.
7. de Girolamo G., Polidori G., Morosini P., Scarpino V., Reda V., Serra G., Mazzi F., Alonso J., Vilagut G., Visona G., Falsirollo F., Rossi A., Warner R., 2006. *Prevalence of common mental disorders in Italy: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 41, 853-61.
8. Gärtner F.R., Nieuwenhuijsen K., van Dijk F.J., Sluiter J.K. *The impact of common mental disorders on the work functioning of nurses and allied health professionals: a systematic review*. Int J Nurs Stud. 2010 Aug;47(8):1047-61. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2010.03.013.
9. Lee A.M., Wong J.G., McAlonan G.M., Cheung V., Cheung C., Sham P.C., Chu C.M., Wong P.C., Tsang K.W., Chua S.E., 2007. *Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak*. Can J Psychiatry 52(4):233-40.
10. Carmassi C., Gesi C., Simoncini M., Favilla M., Massimetti G., Oliveri M.C., Conversano C., Santini M., Dell'Osso L., 2016. *DSM-5 PTSD and posttraumatic stress spectrum in Italian emergency personnel: correlations with work and social adjustment*. Neuropsychiatr Dis Treat 12, 375-81. doi: 10.2147/NDT.S97171.
11. Dell'Osso L., Carmassi C., Massimetti G., Stratta P., Riccardi I., Capanna C., Akiskal K.K., Akiskal H.S., Rossi A., 2013. *Age, gender and epicenter proximity effects on post-traumatic stress symptoms in L'Aquila 2009 earthquake survivors*. J Affect Disord 146(2):174-80. DOI: 10.1016/j.jad.2012.08.048.
12. Weiss D.S., Marmar C.R., 1997. *The Impact of Event Scale—Revised*. pp. 399-41. New York, Guilford Press.
13. Hudnall Stamm B., 2009. *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL)*. www.proqol.org.
14. Mundt J.C., Marks I.M., Shear M.K., Greist J.H., 2002. *The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning*. Br J Psych 180:461-4.
15. Wagnild G.M., Young H.M., 2006. *Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale*. Journal of Nursing Measurement 1(2): 165-78.
16. Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B., 2006. *A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7*. Arch Intern Med 166(10):1092-7.
17. Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B.W., 2001. *The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure*. J Gen Intern Med 16: 606-13.
18. Neimeyer R.A., 2006. *Complicated grief and the reconstruction of meaning: Conceptual and empirical contributions to a cognitive-constructivist model*. In Clinical Psychology: Science.

## COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo [redazione@psichiatriaoggi.it](mailto:redazione@psichiatriaoggi.it)

### NORME EDITORIALI

**Lunghezza articoli:** da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

**Cartella:** Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

**Ogni articolo deve contenere nell'ordine:**

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
  1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail [redazione@psichiatriaoggi.it](mailto:redazione@psichiatriaoggi.it) in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



**SIP-Lo**

Sezione Regionale Lombardia  
della Società Italiana di Psichiatria

#### **Presidenti:**

Mauro Percudani e Massimo Clerici

#### **Segretario:**

Carlo Fraticelli

#### **Vice-Segretario:**

Giovanni Migliarese

#### **Tesoriere:**

Gianluigi Tomaselli

#### **Consiglieri eletti:**

Mario Ballantini  
Franco Spinogatti  
Gianmarco Giobbio  
Luisa Aroasio  
Carla Morganti  
Federico Durbano  
Alessandro Grecchi  
Camilla Callegari  
Antonio Magnani  
Laura Novel  
Pasquale Campajola  
Giancarlo Belloni  
Marco Toscano  
Antonio Amatulli  
Caterina Viganò

#### **RAPPRESENTANTI**

##### **Sezione "Giovani Psichiatri":**

Francesco Bartoli  
Giacomo D'Este  
Filippo Dragona  
Claudia Palumbo  
Lorenzo Mosca  
Matteo Rocchetti

##### **Membri di diritto:**

Claudio Mencacci  
Giancarlo Cerveri  
Emi Bondi  
Pierluigi Politi  
Emilio Sacchetti

##### **Consiglieri Permanenti:**

Alberto Giannelli  
Simone Vender  
Antonio Vita  
Giuseppe Biffi  
Massimo Rabboni