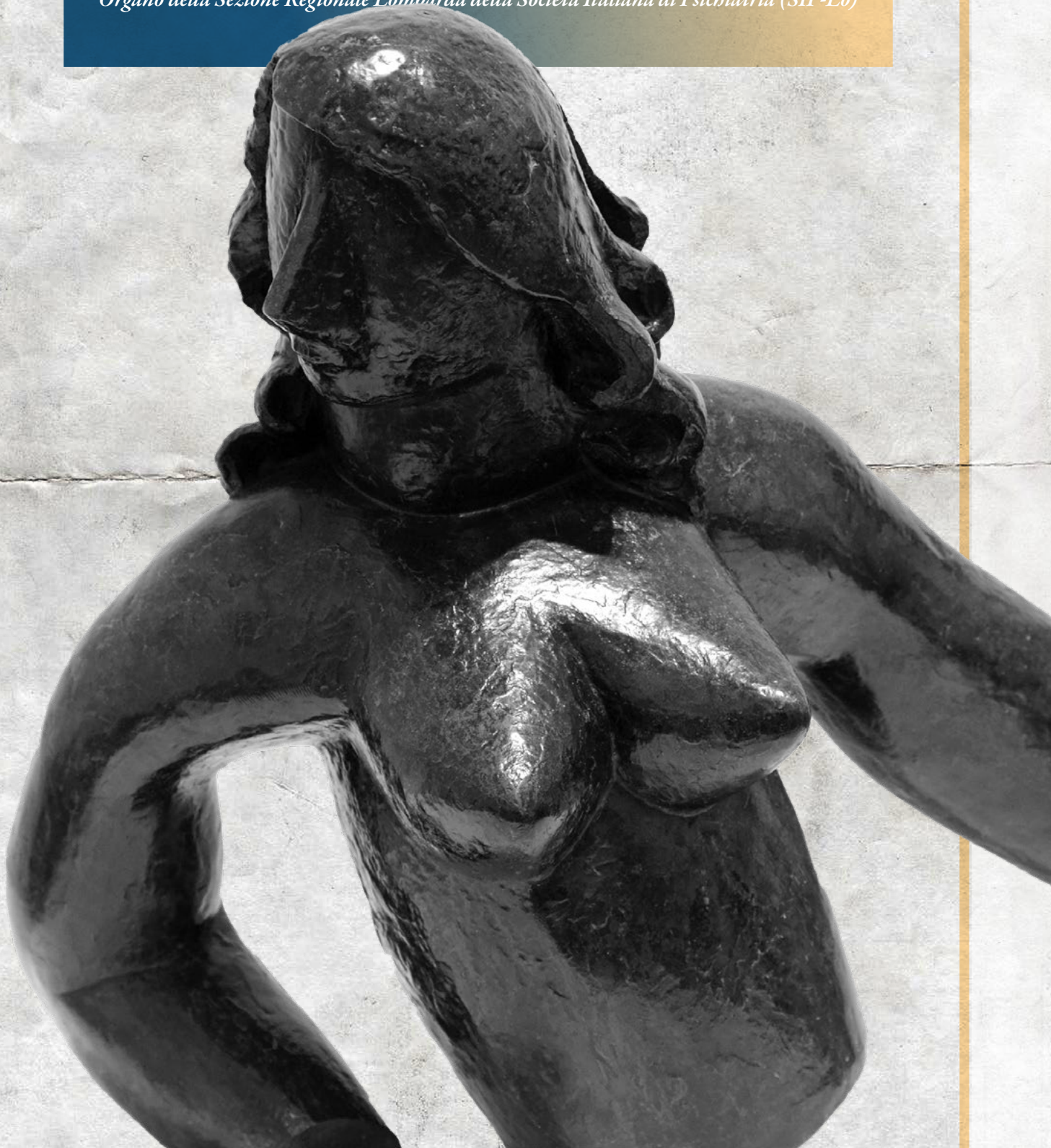




# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

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





# SOMMARIO

Anno XXXIV • n. 1 • gennaio–giugno

## PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

**Fondata da:**  
Alberto Giannelli

**Diretta da:**  
Giancarlo Cerveri (Lodi)

**Comitato di Direzione:**  
Massimo Clerici (Monza)  
Mauro Percudani (Milano Niguarda)

**Comitato Scientifico:**  
Carlo Fraticelli (Como)  
Giovanni Migliarese (Vigevano)  
Gianluigi Tomaselli (Triviglio)  
Mario Ballantini (Sondrio)  
Franco Spinogatti (Cremona)  
Gianmarco Giobbio (San Colombano)  
Luisa Arosio (Voghera)  
Carla Morganti (Milano Niguarda)  
Federico Durbano (Melzo)  
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)  
Camilla Callegari (Varese)  
Antonio Magnani (Mantova)  
Laura Novel (Bergamo)  
Pasquale Campajola (Gallarate)  
Giancarlo Belloni (Legnano)  
Marco Toscano (Gavagnate)  
Antonio Amatulli (Vimercate)  
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)  
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)  
Emi Bondi (Bergamo)  
Pierluigi Politi (Pavia)  
Emilio Sacchetti (Milano)  
Alberto Giannelli (Milano)  
Simone Vender (Varese)  
Antonio Vita (Brescia)  
Giuseppe Biffi (Milano)  
Massimo Rabboni (Bergamo)

**Segreteria di Direzione:**  
Silvia Paletta (ASST Lodi)  
Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)  
Davide La Tegola (ASST Monza)

**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** Siamo responsabili dei nostri sogni?  
di Giannelli A.
- 14** Una particolare attenzione all'ansia ai tempi del Covid-19  
di Cerveri G.
- 19** Tracciare la solitudine nel post Sindemia  
di Mencacci C.

### RECENSIONI

- 21** I grandi pensieri vengono dal cuore  
*Educare all'ascolto*  
di Giannelli A.

### SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 23** Il Progetto innovativo TR65  
*Budget di salute dell'ASST Pavia*  
di Abbiati V., Marraffini E., Arosio P.L., Migliarese G., Politi P.
- 30** Study skills e intervento precoce  
di Amato L., Flauto S., Tirelli V., Meneghelli A., Monzani E.
- 35** Suonare per curare: il gruppo musica in riabilitazione psichiatrica  
*L'esperienza riabilitativa musical-letteraria nel vivere il tempo "so-speso" del primo lockdown*  
di Besana F., D'Amato M., Tanzi A., Silva A., Rocchetti M., Farinella E., Politi P.
- 46** La personalizzazione della cura nella schizofrenia  
*Un caso clinico*  
di Cusi L., Porcellana M., Morganti C., Percudani M.
- 53** I percorsi dell'urgenza  
*Rilevazione dell'intervento urgente psichiatrico presso il DEA del P.O. San Carlo Borromeo nel corso della seconda ondata della pandemia da COVID-19*  
di Grecchi A., Beraldo S., Maresca G., Martini A., Ferrarini F., Fui E., Faraci G., Santini A., Petri E., Salvaggio F., Tisi G., Gallotti P., Colombo M., Carozzi A., Magnolfi V., Candotti S., Ranieri R., Sileoni A., Miragoli P.

- 60** Psichiatria e migrazione  
*Dal riconoscimento della vulnerabilità all'accompagnamento alla cura di pazienti migranti, richiedenti asilo e vittime di tortura*  
di Marzagalia M., Calatroni R., Zanobio A., Cardullo A., Contini M., Curia M., Mosca L., Ruffetta C., Stirone V., Percudani M.

- 72** L'esperienza di una struttura residenziale riabilitativa di ASST Lariana in Appiano Gentile dedicata ai giovani adulti  
*Gli interventi e gli esiti*  
di Molinari G., Alamia A., Di Noia M.P., Menni A., Pini M., Di Leva A., Brambilla M., Casarin N., Cominardi S., Fraticelli C.

- 80** Nuovi orientamenti della contenzione fisica nei servizi psichiatrici italiani  
*crocevia di una rivoluzione silenziosa*  
di Nichini C., Alecci E.

- 91** Insorgenza di disturbi psichiatrici in pazienti ospedalizzati per infezione da SARS COV-2  
di Paletta S., Bonizzoni M., Vercesi M., Grasso F., Bertorello A., Grassi S., Cerveri G.

- 99** Recovery in psichiatria  
di Vaccaro A.G., Mencacci C.

### PSICHIATRIA FORENSE

- 115** La prescrizione farmacologica OFF LABEL in psichiatria  
di Mantovani R. e Mantovani L.

### LA RICERCA INFERMIERISTICA IN SALUTE MENTALE

- 117** L'intelligenza emotiva degli infermieri e la soddisfazione dell'utente nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura  
*Studio osservazionale*  
di Iacometti G., Parini A.M., Frediani G., Moro C.

IN COPERTINA: *Baigneuse (fragment)*, Henri Laurens, 1931  
Collezione Tate Modern

© Marie-Lan Nguyen / Wikimedia Commons / CC-BY 2.5

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)

# Insorgenza di disturbi psichiatrici in pazienti ospedalizzati per infezione da SARS COV-2

*Silvia Paletta, Miki Bonizzoni, Marco Vercesi, Federico Grasso, Andrea Bertorello, Sergio Grassi, Giancarlo Cerveri*

## INTRODUZIONE

Nonostante le conoscenze sull'impatto della pandemia da SARS CoV-2 sulla salute mentale siano ancora limitate e derivate da esperienze solo parzialmente assimilabili alla situazione attuale, è noto che epidemie, catastrofi naturali o altri eventi di crisi rappresentino una minaccia per la salute mentale.

Recenti studi riguardanti l'impatto dell'infezione da SARS CoV-2 sulla salute mentale hanno stimato che metà delle persone contagiate presenta disturbi psichiatrici con un'incidenza del 42% di ansia o insonnia, del 28% di disturbo post-traumatico da stress e del 20% di disturbo ossessivo-compulsivo; inoltre il 32% di chi è venuto in contatto col virus sviluppa sintomi depressivi, un'incidenza fino a cinque volte più alta rispetto alla popolazione generale.

Durante la pandemia nella gestione dei pazienti ospedalizzati per infezione da SARS CoV-2, è risultata di rilevante importanza l'insorgenza di disturbi psichiatrici, che possono influire negativamente anche sulle cure internistiche, in quanto correlati a ricoveri più lunghi e minore aderenza al trattamento (Kong et al., 2020).

All'infezione da SARS CoV-2 sono infatti frequentemente associati sintomi neuropsichiatrici nella fase acuta della malattia: sintomi depressivi e d'ansia si verificano con maggior frequenza, rispettivamente con un'incidenza del 28% e del 35%, a questi si associano, soprattutto nei soggetti anziani, stati di confusione e di alterazione della coscienza e del comportamento (30%) (Rogers et al., 2020; Varatharaj et al., 2020).

## PATOGENESI

La patogenesi dei sintomi e dei disturbi psichiatrici che insorgono durante l'infezione da SARS CoV-2 può includere sia fattori biologici che psicosociali.

COVID-19 può influenzare la funzione del sistema nervoso centrale. Uno studio trasversale ha osservato nel 60% dei pazienti che erano stati ospedalizzati per infezione da SARS CoV-2 sintomi neuropsichiatrici di nuova insorgenza, inclusi eventi cerebrovascolari (62%); alterazioni acute del comportamento, della cognizione, della coscienza o della personalità (31%); e problemi neurologici (9%) (Varatharaj et al., 2020).

La ricerca del virus nel liquido cerebrospinale dei pazienti infetti è risultata negativa, tali dati suggeriscono che i sintomi neuropsichiatrici riscontrati potrebbero essere il risultato di encefalopatia secondaria alla massiccia risposta infiammatoria e disturbi fisiologici associati a malattie croniche oppure alla terapia farmacologica in atto.

Anche le pregresse epidemie virali erano associate a sintomi neuropsichiatrici come demielinizzazione, encefalopatia e disfunzione neuromuscolare, così come sintomi affettivi e psicotici. I sintomi si sono verificati sia durante l'infezione che dopo la guarigione dall'infezione, a distanza di settimane e/o di mesi (Troyer et al., 2020).

Indipendentemente dalla gravità clinica dell'infezione, fino al 78% dei pazienti hanno mostrato scarse prestazioni cognitive, con compromissione significativa delle funzioni attentive, esecutive, psicomotorie, di fluency del linguaggio. Questi deficit persistono durante la lunga convalescenza dalla malattia e condizionano un generale rallentamento nella velocità di elaborazione cognitiva.

Sia i sintomi depressivi che i deficit cognitivi sono risultati essere correlati all'indice di immuno infiammazione sistemica, che riflette la risposta immunitaria sistemica basata sulla conta dei linfociti periferici, dei neutrofilii e delle piastrine, e che può rimanere elevato per mesi dopo la guarigione dall'infezione acuta.

Gli studi condotti confermano che l'azione della cascata infiammatoria attivata dall'infezione virale sia una delle cause dell'insorgenza di disturbi psichiatrici,

contribuendo anche in modo significativo alla qualità della vita dei sopravvissuti (De Lorenzo et al., 2020; Ma et al., 2020; Mazza et al., 2020; Varatharaj et al., 2020).

La risposta immunitaria dell'ospite all'infezione da SARS-CoV-2, il persistente stress psicologico prima e durante l'infezione (Korman et al., 2020; Vai et al., 2020), e una possibile infezione virale diretta del sistema nervoso centrale rappresentano quindi possibili meccanismi per indurre sequele neuropsichiatriche (Troyer et al., 2020). T helper-1, citochine, incluso Interleuchina (IL)-1 $\beta$ , IL-6, Interferone (IFN)  $\gamma$ , Fattore di necrosi tumorale (TNF)  $\alpha$ , CXCL10 e CCL2; e citochine Th-2, comprese IL-4, IL-10, e l'antagonista del recettore IL-1 sono tutti elevati nel siero dei pazienti con SARS CoV-2 (Coperchini et al., 2020).

I pazienti affetti da depressione maggiore presentano livelli più alti di citochine infiammatorie nel sangue, indipendentemente dall'aver avuto infezioni o malattie del sistema immunitario, e tale stato infiammatorio si associa alla riduzione dell'attività della serotonina; d'altra parte forti stati infiammatori, anche in conseguenza a infezioni virali e batteriche, aumentano il rischio di episodi depressivi.

Il COVID-19 è il paradigma di questo fenomeno, di conseguenza se l'infiammazione non recede, nei mesi successivi alla malattia acuta può svilupparsi un episodio depressivo.

A 3 mesi dalle dimissioni, circa un terzo dei pazienti ricoverati per forme gravi di COVID-19 continua a manifestare sintomi psichiatrici.

I sintomi depressivi, in particolare, persistono maggiormente nel tempo e la loro gravità è strettamente legata all'intensità dello stato infiammatorio sistemico che segue le forme gravi di COVID-19, anche per mesi dopo la guarigione.

## POST-INTENSIVE CARE SYNDROME

Non va inoltre dimenticato che malattie croniche, ricoveri in unità di terapia intensiva espongono comunemente i

pazienti ad intensi fattori di stress fisiologici e psicologici.

A tale proposito la sindrome da cure post-intensive (PICS) descrive la disabilità che rimane nel sopravvissuto alla malattia critica. La PICS è definita come una compromissione di nuova insorgenza o un peggioramento dello stato di salute fisica, cognitiva o psichica che si manifesta dopo una malattia critica e persiste oltre la dimissione dall'ambiente di cura per acuti (Rawal et al., 2017; Needham et al., 2012).

Anche la salute psicologica dei membri della famiglia del sopravvissuto può essere influenzata in modo negativo, in questo caso si parla di PICS-Family (PICS-F). È stato osservato che fino al 30% della famiglia o dei caregiver sperimenta stress, ansia, depressione e lutto complicato (Davidson et al., 2012; Schmidt M and Azoulay E, 2012).

La PICS viene ora riconosciuto come un onere per la salute pubblica a causa della disabilità neuropsicologica e funzionale associata, tuttavia la sua esatta prevalenza rimane sconosciuta.

La compromissione cognitiva si verifica in media nel 25% dei pazienti; principali fattori di rischio sono la durata di episodi di delirium, insorgenza di disfunzione cerebrale acuta, ipossia, ipotensione grave, disregolazione dei livelli di glicemia plasmatica, insufficienza respiratoria che richiede ventilazione meccanica prolungata, sepsi grave, uso di terapia sostitutiva renale e sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS), peggioramento cognitivo (età avanzata, deficit cognitivi preesistenti, condizioni di salute premorbide).

Anche in questo caso i sintomi possono durare da pochi mesi a molti anni dopo il recupero. Il rischio di sviluppare sintomi psichiatrici dopo la dimissione dalla terapia intensiva varia dall'1% al 62% con insorgenza di depressione, ansia, disturbo da stress post-traumatico. I fattori di rischio sono i medesimi del deterioramento cognitivo e includono anche il genere femminile, un basso livello di istruzione, la disabilità preesistente e l'uso di sedazione e analgesia in terapia intensiva (Yaffe et al, 2011, Rawall et al., 2017).

Il trattamento della sindrome da terapia intensiva comprende: l'eliminazione o correzione dei fattori causali, l'appropriata somministrazione di sedativi (ansiolitici e antipsicotici), la riduzione o eliminazione delle fonti di stress ambientale e comunicazioni frequenti tra pazienti e familiari, cosa che non è stato possibile attuare durante la pandemia.

Le strategie preventive più importanti che hanno dimostrato avere un impatto positivo nella prevenzione delle disabilità funzionali a lungo termine associate alla PICS includono la limitazione dell'uso della sedazione profonda e l'incoraggiamento della mobilità precoce nei pazienti in terapia intensiva, insieme alla terapia fisica e occupazionale, ciò richiede un approccio multidisciplinare per una gestione più efficace e una prognosi migliore.

## GESTIONE FARMACOLOGICA

Il diffondersi della pandemia e l'insorgenza di sintomi psichiatrici tra le varie complicanze dei soggetti ospedalizzati per infezione da SARS CoV-2, ha quindi reso importante l'intervento dello psichiatra nella gestione di questi pazienti. Lo psichiatra si trova spesso ad affrontare scenari clinici impegnativi, dovuti sia alle molteplici comorbidità mediche che alla somministrazione di politerapia farmacologica.

Il virus SARS CoV-2 influisce su più organi, coinvolgendo l'apparato cardiocircolatorio, respiratorio, renale ed epatico, i sistemi immunitario ed ematopoietico. Il danno a questi organi o sistemi può portare a cambiamenti farmacocinetici che influenzano l'assorbimento, la distribuzione, il metabolismo e/o l'escrezione di farmaci psicotropi, nonché una maggiore sensibilità a determinati effetti avversi psicotropi.

Inoltre, diversi trattamenti proposti per SARS CoV-2 possono causare sequele neuropsichiatriche e potenziali interazioni con le terapie psicotrope comunemente usate. Ciò può avere implicazioni sulla sicurezza e sulla tolleranza di tali farmaci, che sono prevalentemente metabolizzati dal sistema epatico del citocromo p450, aumentando

il rischio di potenziali interazioni farmacologiche ed effetti avversi.

Sebbene non ci siano controindicazioni assolute all'uso di farmaci psicotropi nei pazienti con COVID-19, bisogna porre attenzione ai potenziali effetti avversi, alla differenziazione tra sintomi psichiatrici primari rispetto a quelli secondari a SARS CoV-2 o ad altri farmaci, nonché alla potenziale necessità di apportare modifiche ai regimi terapeutici esistenti o evitare di utilizzare determinati agenti psicotropi se insorgono problemi di sicurezza, conducendo un'analisi ponderata del rapporto rischio-beneficio come parte del processo decisionale clinico.

La *tabella 1* illustra nello specifico le possibili complicanze da infezione SARS CoV-2 a livello dei vari organi e apparati, e i potenziali problemi di sicurezza e tolleranza dei farmaci psicotropi, nonché gli agenti psicotropi su cui occorre prestare cautela nell'eventuale somministrazione in considerazione di tali effetti (Bilbul et al., 2020).

## DECORSO DI MALATTIA

Sono disponibili pochi dati sul decorso della malattia psichiatrica che si manifesta nei pazienti con COVID-19. Tuttavia, sulla base di studi sulle precedenti epidemie è prevedibile che numerosi pazienti ricoverati in ospedale e guariti da COVID-19 manifesteranno sintomi e disturbi psichiatrici persistenti (Holmes et al., 2020). Per quanto riguarda le precedenti epidemie, una revisione sistematica ha esaminato i disturbi psichiatrici in pazienti ricoverati per sindrome respiratoria acuta grave (SARS) o sindrome respiratoria mediorientale (MERS), il campione è stato valutato con un follow up da 3 a 46 mesi dopo il recupero (sei studi, n > 500 casi) (Rogers et al, 2020). La prevalenza dei disturbi psichiatrici era la seguente:

- Disturbi d'ansia – 15%
- Disturbi depressivi – 15%
- Disturbo post-traumatico da stress – 32%

Altri sintomi relativamente comuni includevano affaticamento, irritabilità e insonnia, nonché compromissione dell'attenzione, della concentrazione e della memoria.

**TABELLA 1. Potenziali problemi di sicurezza e tolleranza dei farmaci psicotropi nei pazienti con infezione da SARS CoV-2 in politerapia farmacologica**

Sistema d'organo colpito da SARS CoV-2	Effetti sistemici e sintomi	Potenziali problemi di sicurezza e tolleranza
Sistema emopoietico	Linfopenia Coagulopatia (aumento del tempo di protrombina, aPTT; diminuzione delle piastrine)	Evitare farmaci che possono avere un impatto negativo sulla produzione di globuli bianchi Rischio più alto: carbamazepina, clozapina, olanzapina Rischio moderato: tutti gli antipsicotici di prima e seconda generazione (soprattutto quelli a bassa potenza) Segnalazioni rare: TCA, benzodiazepine (clordiazepossido), gabapentin e valproato Evitare farmaci che possono aumentare il rischio di sanguinamento (tramite trombocitopenia o alterata aggregazione piastrinica): acido valproico, SSRI, SNRI
Sistema cardiocircolatorio	Tachiaritmie, insufficienza cardiaca, miopericardite, danno cardiaco acuto  Diversi farmaci utilizzati per COVID-19 (azitromicina, idrossiclorochina, cloroquina, lopinavir/ritonavir) possono prolungare l'intervallo QT	Cautela con i farmaci psicotropi noti per prolungare l'intervallo QTc e nei pazienti con altri fattori di rischio sottostanti per il prolungamento dell'intervallo QT  Rischio più alto: antipsicotici, citalopram, antidepressivi triciclici
Sistema epatico	Rischio di danno epatico acuto, soprattutto nei casi più gravi	In pazienti con danno o insufficienza epatica se possibile evitare farmaci psicotropi che possono anche causare gravi danni epatici: clorpromazina, carbamazepina, valproato, duloxetina e nefazodone
Sistema renale	È stato osservato danno renale acuto, in particolare in pazienti con sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS) associata a COVID-19 e malattia renale cronica preesistente	Considerare adeguamento dei dosaggi con alcuni farmaci psicotropi (ad es. litio, gabapentin, topiramato, pregabalin, paliperidone e duloxetina) Evitare farmaci potenzialmente nefrotossici
Sistema nervoso centrale e periferico	Sistema nervoso centrale: cefalea, vertigini, disturbi della coscienza, atassia, ictus, delirium, convulsioni  Sistema nervoso periferico: gusto/olfatto/vista alterati, dolore neuropatico	Nei pazienti con delirium, somministrare con cautela: benzodiazepine, oppioidi, sedativi-ipnotici e farmaci con effetti anticolinergici (antidepressivi triciclici amminici terziari, antipsicotici di prima generazione a bassa potenza, alcuni antipsicotici di seconda generazione) Cautela con i farmaci che possono abbassare la soglia convulsiva: antipsicotici e alcuni antidepressivi (bupropione, triciclici)
Sistema respiratorio	Tosse, dispnea, polmonite e ARDS	Nei pazienti COVID-19 con sintomi di ansia o panico, valutare i rischi rispetto ai benefici nell'uso delle benzodiazepine in pazienti con sintomi respiratori prominenti, dato il potenziale effetto di depressione respiratoria

aPTT = tempo di tromboplastina parziale attivata; PT = tempo di protrombina; QTc = intervallo QT corretto; SNRI = inibitori del reuptake di serotonina e noradrenalina; SSRI = inibitori selettivi del reuptake di serotonina; TCA = antidepressivi triciclici.  
(adattato da Bilbul et al., 2020)

Inoltre, il funzionamento sociale e il funzionamento del ruolo erano entrambi compromessi tra i sopravvissuti, rispetto alla popolazione generale. Gli esiti psichiatrici a lungo termine includevano anche lo stigma da parte degli operatori sanitari, delle famiglie, degli amici e della popolazione generale.

La prevalenza di malattie psichiatriche a lungo termine secondarie a SARS CoV-2 potrebbe essere superiore a quella osservata dopo le epidemie di SARS e MERS a causa delle differenze nel trattamento delle malattie virali e del contesto sociale delle epidemie (Sommer and Bakker, 2020). Ad esempio, la crisi economica causata dalla pandemia COVID-19 supera le avversità economiche imposte dalle precedenti epidemie di coronavirus e il disagio sociale appare maggiore a causa della portata geografica molto più ampia e della durata della pandemia con tutte le conseguenze sociali ad essa correlate.

## CONCLUSIONI

L'insorgenza di sintomi neuropsichiatrici è correlata nella fase acuta dell'infezione da SARS CoV – 2 a scarsa compliance alle cure, a ricoveri prolungati e maggiore mortalità.

Per far fronte a questa situazione, è necessaria collaborazione e integrazione tra differenti discipline allo scopo di offrire il miglior trattamento ai pazienti ospedalizzati.

La prevenzione e il trattamento precoce dei disturbi psichiatrici è quindi di rilevante importanza per aiutare i pazienti ad avere buoni risultati clinici durante l'ospedalizzazione e una migliore qualità di vita sia nelle fasi acute che post-malattia.

Al di là delle conseguenze acute o subacute, l'incidenza ritardata o a lungo termine delle complicanze neuropsichiatriche nei sopravvissuti a COVID-19 non è ancora completamente nota. Le attuali conoscenze suggeriscono che le infezioni virali possono scatenare infiammazione cronica e risposte immunitarie aberranti, che causano sintomi neuropsichiatrici in periodi molto variabili dopo l'infezione (da settimane ad anni dopo l'infezione

acuta) (Kepinska et al., 2020; Lam et al., 2009; Rogers et al., 2020).

Rispetto alle precedenti epidemie, il trattamento dei pazienti ricoverati in ospedale per infezione da SARS-CoV-2 sembra essere diverso dal trattamento di quelli ammessi per le infezioni da SARS-CoV e MERS-CoV. Inoltre, la situazione sociale alla quale ritornano i sopravvissuti di COVID-19 è completamente diversa da quella dei sopravvissuti alla SARS e alla MERS. Queste differenze sono rilevanti per poter stimare la prevalenza dei disturbi neuropsichiatrici nell'infezione da SARS CoV-2 e sono pertanto necessari ulteriori studi per identificare strategie volte a gestire l'eventuale insorgenza di tali sintomi in questa popolazione, sia nelle fasi acute che in quelle di post-malattia.

---

AFFERENZA AUTORI:

*Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Lodi*

CORRISPONDENZA:

*silvia.paletta@asst-lodi.it*

## BIBLIOGRAFIA

1. Bilbul M., Paparone P., Kim A.M., Mutalik S., Ernst C.L., *Psychopharmacology of COVID-19*. *Psychosomatics* 2020 September/October, 61(5): 411–427.  
DOI: 10.1016/j.psych.2020.05.006
2. Coperchini F., Chiovato L., Croce L., Magri F., Rotondi M., 2020. *The cytokine storm in COVID-19: an overview of the involvement of the chemokine/chemokine-receptor system*. *Cytokine Growth Factor Rev.* 53, 25–32.
3. Davidson J.E., Jones C., Bienvenu O.J., *Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family*. *Critical Care Med* 2012;40:618-24.
4. De Lorenzo R., Conte C., Lanzani C., Benedetti F., Roveri L., Mazza M.G., Brioni E., Giacalone G., Canti V., Sofia V., 2020. *Residual clinical damage after COVID-19: a retrospective and prospective observational cohort study*. *PLoS ONE* 15, e0239570.
5. Holmes E.A., O'Connor R.C., Perry V.H., et al. *Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science*. *Lancet Psychiatry* 2020; 7:547.
6. Kepinska A.P., Iyegbe C.O., Vernon A.C., Yolken R., Murray R.M., Pollak T.A., 2020. *Schizophrenia and influenza at the centenary of the 1918–1919 Spanish Influenza Pandemic: mechanisms of psychosis risk*. *Front. Psychiatry* 11, 72.
7. Kong X., Zheng K., Tang M., Kong F., Zhou J., Diao L., Wu S., Jiao P., Su T., Dong Y., *Prevalence and Factors Associated with Depression and Anxiety of Hospitalized Patients with COVID-19*. Preprint from medRxiv, 30 Mar 2020  
DOI: 10.1101/2020.03.24.20043075
8. Korman M., Tkachev V., Reis C., Komada Y., Kitamura S., Gubin D., Kumar V., Roenneberg T., 2020. *COVID-19-mandated social restrictions unveil the impact of social time pressure on sleep and body clock*. *Sci. Rep.* 10, 22225.
9. Lam M.H., Wing Y.K., Yu M.W., Leung C.M., Ma R.C., Kong A.P., So W.Y., Fong S.Y., Lam S.P., 2009. *Mental morbidities and chronic fatigue in severe acute respiratory syndrome survivors: long-term follow-up*. *Arch. Intern. Med.* 169, 2142–2147.
10. Ma Y.F., Li W., Deng H.B., Wang L., Wang Y., Wang P.H., Bo H.X., Cao J., Zhu L.Y., Yang Y., Cheung T., Ng C.H., Wu X., Xiang Y.T., 2020. *Prevalence of depression and its association with quality of life in clinically stable patients with COVID-19*. *J. Affect Disord.* 275, 145–148.
11. Mazza M.G., Palladini M., De Lorenzo R. et al. *Persistent psychopathology and neurocognitive impairment in COVID-19 survivors: Effect of inflammatory biomarkers at three-month follow-up*. *Brain Behav Immun* 2021 May;94:138-147.  
DOI: 10.1016/j.bbi.2021.02.021. Epub 2021 Feb 24
12. Mazza M.G., De Lorenzo R., Conte C., Poletti S., Vai B., Bollettini I., Melloni E.M.T., Furlan R., Ciceri F., Rovere-Querini P., Benedetti F., 2020. *Anxiety and depression in COVID-19 survivors: role of inflammatory and clinical predictors*. *Brain Behav. Immun.* 89, 594–600.
13. Needham D.M., Davidson J., Cohen H., Hopkins R.O., Weinert C., Wunsch H., et al. *Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference*. *Crit Care Med* 2012;40:502–9.
14. Rawal G., Yadav S., Kumar R., *Post-intensive Care Syndrome: an Overview*. *J Transl Int Med.* 2017 Jun; 5(2): 90–92. Published online 2017 Jun 30.  
DOI: 10.1515/jtim-2016-0016
15. Rogers J.P., Chesney E., Oliver D., et al. *Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic*. *Lancet Psychiatry* 2020; 7:611.
16. Schmidt M., Azoulay E., *Having a loved one in the ICU: the forgotten family*. *Curr Opin Crit Care* 2012;18:540-7.
17. Sommer I.E., Bakker P.R., *What can psychiatrists learn from SARS and MERS outbreaks?* *Lancet Psychiatry* 2020; 7:565.
18. Troyer E.A., Kohn J.N., Hong S., *Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms*. *Brain Behav Immun* 2020; 87:34.



- 
19. Vai B., Cazzetta S., Ghiglino D., Parenti L., Saibene G., Toti M., Verga C., Wykowska A., Benedetti F., 2020. *Risk perception and media in shaping protective behaviors: insights from the early phase of COVID-19 Italian outbreak*. *Front. Psychol.* 11.
  20. Varatharaj A., Thomas N., Ellul M.A., et al. *Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: a UK-wide surveillance study*. *Lancet Psychiatry* 2020; 7:875.
  21. Yaffe K., Weston A., Graff-Radford N.R., Satterfield S., Simonsick E.M., Younkin S.G., et al. *Association of plasma beta-amyloid level and cognitive reserve with subsequent cognitive decline*. *JAMA* 2011;305:261–6.

## 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