



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

AnnoXXXIV • n. 2 • luglio-dicembre

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.

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
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

IN PRIMO PIANO

5 Un intervento urgente per salvare il diritto alla cura per chi soffre di patologie mentali
di Cerveri G.

12 La salute mentale oggi e domani: quali speranze per il futuro?
di Percudani M. e Clerici M.

RECENSIONI

15 In dialogo con la solitudine
Recensione, Commento, Divagazioni di Giannelli A.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

19 Dati preliminari su un algoritmo di Natural Language Processing per l'identificazione di referti relativi a ideazione suicidaria nei Pronto Soccorso di ASST Lariana
di Alamia A., Calzolari R., Micieli W., Mingotto E., Sani E., Fraticelli C.

26 Anoressia Nervosa: trattamenti evidence-based e nuove prospettive
di Baccara A., Del Giudice R., Bertelli S., D'Agoŝtino A.

30 Il nulla che ferisce il sé - PARTE I
di Barbieri S., Soardo L., Bertelli S., Arosio P.L.

37 Il nulla che ferisce il sé - PARTE II
di Barbieri S., Soardo L., Bertelli S., Arosio P.L.

45 L'intervento cognitivo comportamentale di gruppo come strumento per la riduzione dell'aggressività in SPDC
di Bellini L., Papini B., Spera M., Vergani V., Mencacci C.

55 Una indagine preliminare sugli effetti del lockdown in un campione di istituti superiori della ASST Melegnano e della Martesana
di Camporota V., Carnevali S., Durbano F.

66 L'esperienza del Budget di Salute di Comunità in beneficiari con disturbo di Personalità
di Cardani C., Porcellana M., Morganti C., Di Bernardo I., Percudani M.

73 Team leader in sanità
Riflessioni sulla esperienza formativa del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze della ASST Melegnano e della Martesana come strumento di integrazione tra servizi differenti ma aggregati di Durbano F., Delvecchio G.

80 Il percorso di ricerca infermieristica nel Dipartimento di Salute Mentale.
L'esperienza dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano
di Ferrara P., Capone A., Villa A., Oliverio V., Betella M., Destrebecq A., D'Agoŝtino A., Gambini O.

84 Covid e RSA, la salute psichica degli operatori ad un anno di distanza
di Grossi C., Gesi C., Consorti E., Fiorentini G., Bergamaschini L., Vercesi E., Cerveri G.

IN COPERTINA: Caino, Giovanni Dupré, 1846

Museo Statale Ermitage, San Pietroburgo

© Yair Haklai / Wikimedia Commons / CC-BY-SA-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



SOMMARIO

AnnoXXXIV • n. 2 • luglio–dicembre

94 **Basket Cases: marginalità e disagio psichico in adolescenza tra diagnosi e possibilità di presa in carico**
di Leon E., Bosetto D. & Clerici M.

114 **Il Disturbo da Gioco d'Azzardo e la comorbidità psichiatrica: oltre il concetto di doppia diagnosi**
di Limosani I., Ciliberti C., Longo L., Turco M., Percudani M.

121 **Dolore mentale e screening del rischio suicidario in un campione clinico di pazienti affetti da disturbi psichiatrici**
di Lucca G., Ielmini M., Trabucchi E., Aspesi G., Caselli I., Callegari C.

130 **Study skills training: sperimentare e valutare un approccio online in tempi di pandemia**
di Prini C., Amadei I., Colnaghi F., Fresco A., Grignani S., La Greca E., Lucchini B., Meliante M., Moreno Granados G. N., Parisi C., Pozzetti T., Amatulli A.

138 **L'impatto della pandemia da Covid-19 sul sistema di rete per il lavoro in psichiatria nella città metropolitana di Milano**
di Quarenghi A., Rubelli P., Sanna B., Fusi A., Mencacci C.

144 **I giovani e la pandemia: richieste di accesso ai servizi psichiatrici e correlazione con agiti autolesivi**
Uno studio condotto presso il CPS Giovani di Milano
di Tagliabue S., Malvini L., Barbera S., Percudani M.

150 **Neurofeedback come strumento di valutazione e di trattamento per l'ADHD dell'adulto**
Il Programma Dafne in ASST Lariana
di Uccello M., Massara A., Turati S., Fraticelli C.

PSICHIATRIA FORENSE

154 **In mancanza di specifiche linee guida che cosa fare?**
di Mantovani R., Mantovani L.

CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

156 **CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M. SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE**
Gli agiti aggressivi nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura
Un'analisi retrospettiva
di Camuccio C. A., Bonaldi E., Vitale E.

165 **CONTRIBUTO AITERP ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA E PSICOSOCIALE**
La riabilitazione psichiatrica ai tempi del covid-19
Una riflessione a partire dall'esperienza del DSMD dell'ASST di Lodi
di Scagliarini V., Fioletti B., Bonazzi I., Zaniboni F.

Covid e RSA, la salute psichica degli operatori ad un anno di distanza

Chiara Grossi*, Camilla Gesi°, Ernesto Consorti^, Giorgio Fiorentini §, Luigi Bergamaschini †, Elisabetta Vercesi ‡, Giancarlo Cerveri*

SOMMARIO

L'emergenza senza precedenti legata all'epidemia di COVID-19 ha imposto un forte stress al sistema sanitario e sociosanitario italiano.

I lavoratori di questo settore appaiono fortemente esposti a fenomeni di stress legato alla eccezionale portata dell'andamento epidemico della pandemia Covid-19 per diversi motivi:

- Le strutture socioassistenziali rivolte a soggetti anziani sono state le più esposte ai decessi legati agli effetti dell'infezione.
- I cambiamenti organizzativi volti a ridurre il rischio di trasmissione hanno coinvolto in misura rilevante tutte le strutture comunitarie sanitarie e sociosanitarie con rilevanti riflessi sull'organizzazione del lavoro degli operatori preposti.
- Le strutture sociosanitarie italiane ed in particolar modo quelle operanti in alcune aree del nostro paese (Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna) sono state esposte alla prima ondata europea della pandemia, confrontandosi con gli effetti senza una adeguata preparazione in termini di prevenzione e trattamenti disponibili.

Fondazione Onda ha proposto un'indagine su tale argomento alle 177 RSA e Case di Riposo che hanno partecipato all'ultimo bando per i Bollini Rosa Argento (2021-2022).

INTRODUZIONE

A dicembre 2019, lo scoppio della Sindrome Respiratoria Acuta Grave da Coronavirus 2 (Severe acute respiratory

syndrome SARS-CoV-2) nella regione di Wuhan nella Repubblica Popolare Cinese, spinge molti tecnici a ritenere il fenomeno locale con limitate possibilità di diffusione. Nell'arco di poche settimane il fenomeno ha raggiunto proporzioni pandemiche, il 20 febbraio 2020, dopo l'osservazione di casi sporadici in tutta Europa, veniva identificato a Codogno il caso 1 che portava all'identificazione di un rilevante focolaio italiano ed una successiva diffusione su tutto il territorio nazionale e continentale.

Nel febbraio 2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha nominato la malattia causata da SARS-CoV-2 la malattia del Coronavirus del 2019 (COVID-19) e nel marzo 2020 ha dichiarato l'epidemia una pandemia. Il COVID-19 è stato trasmesso rapidamente in Italia ed è stato collegato ad alti tassi di mortalità, soprattutto nelle persone anziane. Secondo recenti statistiche del Population Reference Bureau, l'Italia ha la seconda più grande percentuale di anziani (65+) nel mondo [1]

Secondo i dati ufficiali diffusi dal Ministero della Salute italiano, il numero di decessi per COVID-19 in Italia è passato da 10 a 32007 tra il 25 febbraio e il 18 maggio 2020. Il 13% di queste sono persone risultate positive al test di rilevamento della presenza del virus[2].

I tassi di mortalità più elevati legati all'età sono probabilmente dovuti a un sistema immunitario più debole negli anziani che consente una più rapida progressione dell'infezione virale [3]. Altri potenziali fattori coinvolti nell'aumento della vulnerabilità degli individui anziani sono la presenza di malattie fisiche concomitanti associate all'età avanzata e lo spazio relativamente ristretto in cui molti di loro vivono, come le RSA [4].

Al 30 gennaio 2021, l'Italia è uno dei più grandi centri mondiali di diffusione della malattia da coronavirus (COVID-19), con oltre 2.500.000 casi e oltre 90.000 decessi complessivi [5]. Questa massiccia emergenza ha imposto una forte pressione al sistema sanitario italiano e socio-sanitario, che per lunghi mesi ha fatto fatica a fornire risorse o personale adeguatamente formato e protetto per far fronte a questa crisi. Tale condizione

è risultata poi particolarmente acuta dove sono state osservate le concentrazioni più rilevanti di focolai pandemici [6]. Affrontando questa situazione critica, gli operatori sanitari e socio-sanitari sono a rischio di sviluppare disagio psicologico e altri sintomi di salute mentale, come conseguenza di molteplici fattori di stress simultanei, che includono il numero sempre crescente di casi e il carico di lavoro travolgente, la mancanza di dispositivi di protezione personale, la paura di essere infettati e/o di infettare gli altri, la sensazione di essere supportati in modo inadeguato, la necessità di stare lontani o ridurre i contatti con i parenti a casa come salvaguardia dal contagio, [7]. Studi precedenti hanno riportato reazioni psicologiche avverse tra gli operatori sanitari durante l'epidemia di SARS del 2003, nonché durante l'epidemia di COVID-19 in Cina [8,9]. Il più grande studio tra gli operatori sanitari cinesi durante il COVID-19 ha coinvolto 1.257 professionisti delle regioni dell'Hubei e ha dimostrato che le donne, gli infermieri, coloro che lavorano a Wuhan e il personale in prima linea hanno riportato sintomi più gravi di depressione, ansia e angoscia [9]. Diversi studi sono stati pubblicati sull'impatto che la pandemia ha avuto nelle prime fasi di diffusione. Molti di questi si sono concentrati sulle prime zone colpite (Lombardia) e sul personale sanitario [10-11], rilevando nei mesi successivi alla prima fase di diffusione della pandemia un effetto rilevante sia sul rischio di sviluppare sintomi depressivi e ansiosi che sul rischio di avere sintomi specifici ascrivibili al Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD). Particolarmente rilevante è la maggiore esposizione a questi disturbi del personale di sesso femminile e con ruoli infermieristici.

Tuttavia, una serie di domande sono rimaste senza risposta, in particolare per quanto riguarda l'impatto dell'emergenza COVID-19 nelle regioni o specialità meno colpite e la relazione tra sintomi di angoscia e cambiamenti nelle procedure o attività lavorative e nella vita familiare. Inoltre resta inesplorato l'effetto di lungo

periodo di questa vicenda epidemica sui lavoratori esposti in modo più diretto ed intenso, con particolare rilevanza ai lavoratori delle strutture socioassistenziali per anziani che hanno ricevuto l'impatto più intenso in termini di mortalità e modificazione dell'organizzazione del lavoro. Nelle RSA, né i residenti né i lavoratori tendono ad avere accesso immediato alle stesse competenze, farmaci e attrezzature degli ospedali. In una ricerca pubblicata su un ampio campione di strutture residenziali [12] per anziani con dati raccolti dopo la prima ondata e relativi al personale di assistenza, si osserva una prevalenza di sintomatologia ansiosa o per PTSD nel 43% dei soggetti indagati. Le lavoratrici di sesso femminile e coloro che erano entrati direttamente in contatto con il virus risultano i più esposti alla sintomatologia. In particolare, da questo studio sono emerse considerazioni interessanti per gli obiettivi della nostra ricerca.

Tutto il personale (compreso il personale sanitario, amministrativo, tecnico e professionale) che lavora nelle RSA è stato sottoposto a una pressione fisica e psicologica particolarmente intensa dall'inizio dell'epidemia. La pressione è derivata da diverse direzioni; in primo luogo, le persone anziane con o senza disabilità vivono vicine tra loro e tendono a stringere legami stretti con tutto il personale, inoltre gli anziani e le persone con malattie fisiche concomitanti sono a maggior rischio di morte o gravi esiti COVID-19. Inoltre, tutti i membri del personale hanno avuto a che fare con un ricambio di personale insolitamente veloce a causa della rapida trasmissione del virus.

Nel periodo coperto da questa indagine sono morti un totale di 6773 residenti, di cui 2724 (ovvero il 40,2% di tutti i deceduti) sono risultati positivi al COVID-19 o hanno mostrato sintomi compatibili con COVID-19 (le politiche sui tamponi differivano sul territorio). La maggior parte di questi decessi (91%) si è concentrata nella regione del Nord, che è stata anche la più colpita dal contagio da COVID-19. Inoltre, un certo numero di personale sanitario e amministrativo che lavorava nelle

strutture coinvolte nella ricerca è risultato positivo al COVID-19.

La complessa emergenza umanitaria sopra descritta può generare maggiori livelli di disagio, paura della contaminazione e sofferenza psicologica legata alla compassione verso i pazienti a rischio. Queste reazioni psicologiche sono in linea con quelle documentate dell'epidemia di SARS del 2003 che includeva la paura di infettare familiari, amici e colleghi; la sensazione di incertezza e stigmatizzazione e alti livelli di sintomi di stress, ansia e depressione [13].

Rispetto a quanto presente nei dati di letteratura si ritiene rilevante definire con una valutazione più approfondita, tramite scale di valutazione della sintomatologia depressiva e dell'adattamento lavorativo l'impatto che la pandemia ha avuto sui lavoratori più direttamente esposti all'evento. È infine utile determinare, a distanza di 12 mesi dalla prima e più rilevante ondata in termini di stress adattativo, quali siano gli esiti più duraturi dello stress a cui i lavoratori sono stati esposti.

OBIETTIVI

La presente ricerca ha come scopo principale: Valutare l'esito sulla Salute Mentale dell'epidemia di COVID-19 a distanza di 1 anno dal lockdown iniziale su un ampio campione di lavoratori delle Residenze Socio Assistenziali che partecipano al network Bollini RosaArgento (medici, infermieri, personale socio-sanitario e amministrativo) di tutte le regioni italiane tramite la descrizione dei sintomi depressivi, di ansia e ascrivibili ad una condizione di PTSD.

Obiettivi secondari saranno la valutazione dell'adattamento sociale e lavorativo, la modificazione stabili di specifiche abitudini di vita ed eventuali correlazioni tra sintomi residui e un'ampia gamma di variabili come tipo di lavoro, sesso, età, anni di esperienza e altre variabili socio-demografiche.

Questa parte dello studio mira a fornire una valutazione del carico di stress e le caratteristiche che favoriscono

maggiore resilienza negli operatori valutati al fine di fornire indicazioni utili per indirizzare la protezione del benessere mentale tra gli operatori sanitari.

METODI

L'indagine è stata realizzata tramite il collegamento ad una piattaforma digitale (Google Modules), divulgata agli operatori sanitari attraverso la comunicazione diretta di Fondazione Onda con le 177 strutture socio-sanitarie aderenti al circuito dei Bollini RosaArgento. La lettera di invito include una breve presentazione delle finalità dell'indagine ed una dichiarazione sull'anonimato della raccolta dei dati. Sono state raccolte le principali variabili socio-demografiche e legate al lavoro, comprese le informazioni sui cambiamenti nel lavoro e nella vita familiare dovuti all'epidemia e ai casi di COVID-19 tra i membri della famiglia. L'accesso all'intervista invita le persone reclutate a completare i seguenti strumenti di autovalutazione finalizzati a stabilire il livello di trauma esperito dai soggetti all'indagine, i livelli di ansia e depressione, la qualità di vita professionale e l'adattamento sociale e lavorativo:

- Impact of Events scale-Revised (IES-R) (Weiss, 1997) [14]
- Questionario sulla salute del paziente 9 (PHQ-9) (Kroenke, 2001) [15]
- Questionario per Disturbo d'Ansia generale 7 (GAD-7) (Spitzer, 2006) [16]
- Scala della qualità della vita professionale (Pro-QOL) (Hudnall Stamm, 2009) [17]
- Scala di adattamento sociale e lavorativo (WSAS) (Mundt, 2002) [18]

Tutti i questionari hanno eccellenti caratteristiche psicometriche e sono stati ampiamente utilizzati in studi precedenti sulla popolazione generale, in campioni di servizi di emergenza e tra gli operatori sanitari durante l'epidemia di COVID-19 in Cina [8,9].

L'indagine è stata condotta dall'8 marzo 2021 (a 1 anno dal 1° lockdown nazionale) per 60 giorni.

RISULTATI

1.1 Response Rate Management

Il questionario è stato inviato a 177 strutture appartenenti al circuito dei Bollini RosaArgento tramite una comunicazione diretta al rappresentante legale degli stessi. Le risposte pervenute risultavano provenienti da 31 strutture. Il tasso di risposta positiva da parte delle strutture è stato pertanto del 17,5%.

In totale, il numero totale dei dipendenti che hanno ricevuto il link al questionario, a oggi è pari a 1.505. Di questi, 326 hanno compilato il questionario, con un tasso di risposta dei lavoratori del 21,7%.

1.2 Descrizione del campione

Dopo aver ripulito il *dataset* dai casi incompleti e da quelli con consenso non valido, il campione finale risultava di 300 soggetti.

L'età media dei partecipanti allo studio era di 44 anni, (età minima 23 anni, massima 71 anni), prevalentemente donne (n=253, 84,3%) (Figura 1). Di questi, 142 (47,4%) afferivano a strutture del nord Italia, 75 (25%) a strutture del sud Italia e i restanti 83 (27,6%) a strutture del centro (Figura 2). 36 soggetti (12%) lavoravano in strutture pubbliche; 180 (60%) in strutture private convenzionate e la restante parte (n=84, 28%) in strutture private.

I lavoratori con ruolo sanitario (medici, infermieri, fisioterapisti) erano 91 (30,3%), 99 (33%) quelli con ruolo assistenziale (ASA, OSS) e 110 (36,6%) quelli con ruolo amministrativo. 58 rispondenti erano infermieri (19,3%) (tenuti separati perché di solito più colpiti dallo stress professionale). 54 soggetti (18%) riferivano pregressi disturbi d'ansia/depressione.

In media il nucleo familiare dei partecipanti alla ricerca era composto da 3 persone (DS=1), la maggior parte degli intervistati avevano almeno uno dei genitori viventi (n=251, 84%) ed avevano almeno un figlio (n=202, 67,5%).

L'anzianità di servizio media era di 14 anni (SDS=11, min=1, max=46). 79 (26,3%) hanno contratto il virus da

SarsCov-19, che ha portato una durata media di giorni di isolamento pari a 43,5 giorni (DS=13,5). In alcuni casi (n=36, 12%) sono stati ricoverati, per infezione da SarCov-19, parenti o amici stretti dei partecipanti alla ricerca. 33 (11%) hanno perso dei cari. 161 (53,8%) erano stati destinati ad aree Covid, nella maggior parte dei casi (n=224, 74,5%) mantenendo la stessa mansione. 198 (65,9%) riportavano un aumento del carico di lavoro e 144 (48%) riportavano di essersi sentiti abbastanza autonomi nella gestione dei carichi di lavoro.

Nella tabella 1 sono state riportate alcune caratteristiche socio-demografiche del campione suddivise per lavoratori con ruolo sanitario (medici, infermieri, fisioterapisti), ruolo assistenziale (ASA, OSS) e ruolo amministrativo.

Figura 1

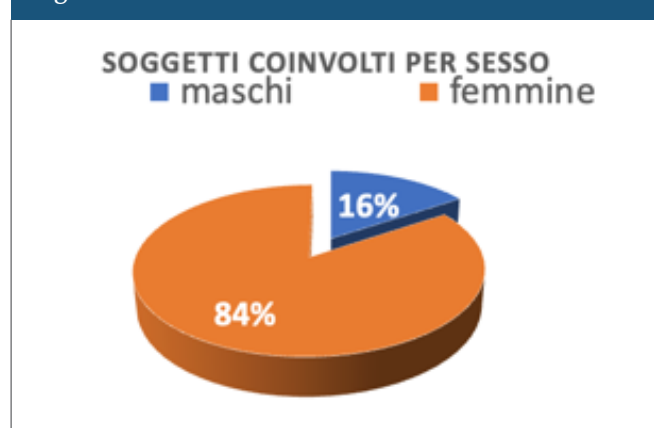


Figura 2

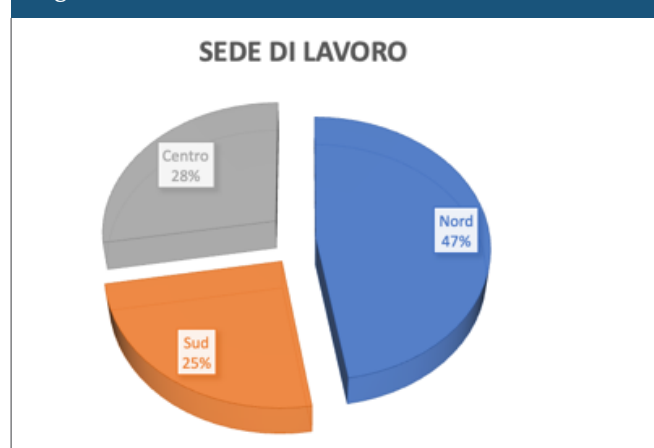


Tabella 1: Caratteristiche socio-demografiche suddivise per lavoratori con ruolo sanitario 91 (medici, infermieri, fisioterapisti) (30,3%), 99 (33%) ruolo assistenziale (ASA, OSS) e 110 (36,6%) ruolo amministrativo

	Ruolo Sanitario N(%)	Ruolo Assistenziale N%	Amministrativi N%
Età (media±DS)	43,6±11.8	43,4±11.8	45.3±SD 10
Sesso			
Femmine	76(83.5%)	76(83.5%)	75(83.5%)
Maschi	15 (16.5%)	15 (16.5%)	16(17.5%)
Provenienza			
Nord	41 (45%)	34 (33%)	70 (63%)
Centro	29 (31.8%)	32 (33%)	18 (16.3%)
Sud	21 (23%)	33 (33%)	22 (20%)
Famiglia di origine			
Almeno un genitore in vita	79 (86%)	77 (77,7%)	96 (87.2%)
Genitori deceduti	12 (14%)	22 (22.3%)	14 (12.8%)
Figli			
sì	57 (62,6%)	70 (70.7%)	74 (67.2%)
no	34 (37.4%)	29 (29.3%)	36 (32.8%)
Figli minorenni	38 (41%)	39 (39.4%)	46 (41.9%)
Infezione COVID-19			
sì	29 (31.8%)	30 (30.3%)	20 (18.1%)
no	62 (68.2%)	69 (69.7%)	90 (81.9%)

1.3 I risultati della valutazione psicometrica

I risultati relativi alle valutazioni psicometriche sono sintetizzati in figura 3. La GAD-7 è stata usata per valutare i sintomi ansiosi. 90 soggetti (30%) presentavano punteggi di 10 o superiori [16], indicativi di un possibile GAD. In particolare, 34 (11,3%) avevano un punteggio di 15 o superiore, indicativo di una sintomatologia severa.

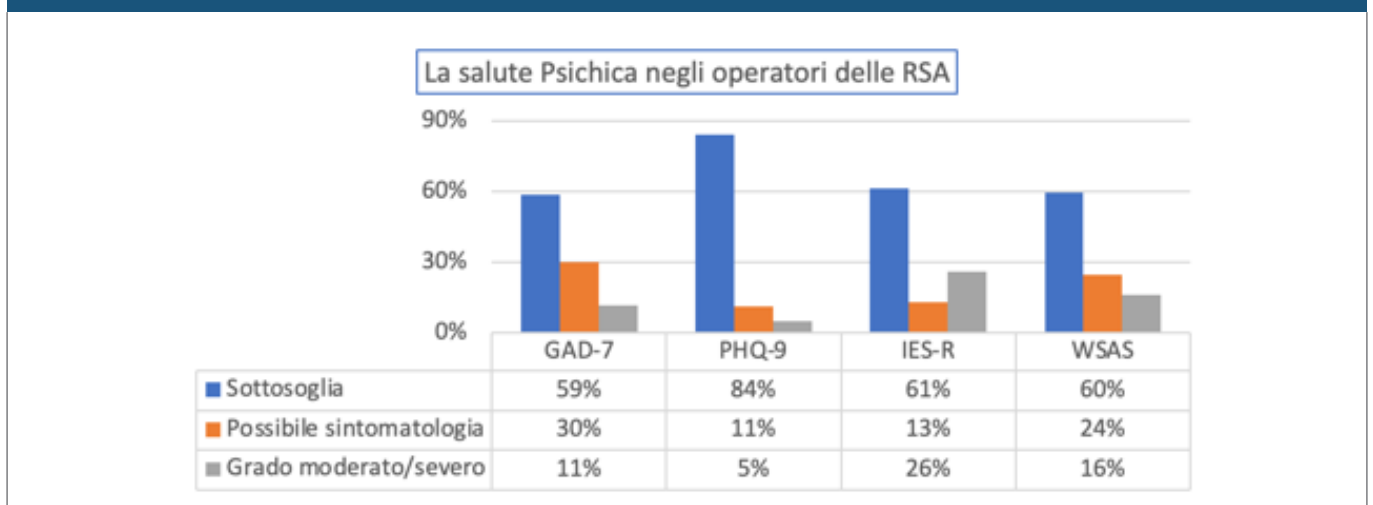
La PHQ-9 è stata usata per valutare la sintomatologia depressiva. La gran parte dei rispondenti (n=256, 85,3%) non presentavano livelli significativi di depressione (punteggi inferiori a 10) [9]. I rimanenti 44 soggetti (14,7%) presentavano un livello di sintomi depressivi meritevole di attenzione clinica. In particolare, 34 rispondenti (11,3%) riportavano un punteggio compreso fra 10 e 14, indicativo di depressione moderata, e 10 (3,3%) riportavano un punteggio superiore a 14, indicativo di una sintomatologia depressiva meritevole di trattamento. Un dato importante è che è emersa una differenza significativa fra il punteggio medio dei soggetti con e senza anamnesi di un precedente disturbo psichico, con i primi che riportavano punteggi più elevati. Inoltre, esisteva una differenza significativa fra soggetti del Nord e soggetti del Centro, con i primi

che hanno mostrato mediamente punteggi più alti.

La IES-R è stata utilizzata per valutare eventuali eventi di natura traumatica vissuti dai lavoratori. La scala include una domanda-filtro iniziale nelle quale viene chiesto se il soggetto ritiene di aver vissuto qualche esperienza traumatica nel corso del suo lavoro in tempo di pandemia. In caso di risposta positiva, il soggetto viene invitato a descrivere brevemente all'evento e a compilare il questionario. In caso di risposta negativa, il questionario non viene compilato. Complessivamente, 151 (50,3%) soggetti hanno dato risposta positiva e compilato il questionario. Gli eventi descritti come traumatici erano molto vari, ma riconducibili ad alcune macro-aree: 1) Organizzazione inefficace, 2) Positività al Covid/paura del contagio, 3) Decesso di pazienti, 4) Lontananza dai cari, 5) Cambiamenti legati alla pandemia, 6) Perdita/contagio di cari. Rispetto ai punteggi totali, 88 (29,3%) soggetti avevano punteggi suggestivi di un PTSD almeno moderato

Secondo la WSAS 121 soggetti (40,3%) presentavano interferenza significativa dei sintomi sopra descritti con il funzionamento. Di questi, 48 (16%) presentavano interferenza di grado severo.

Figura 3



DISCUSSIONE

Tassi di risposta

L'adesione delle strutture e la risposta del personale

Nella presente ricerca il tasso di risposta del 17,5% delle strutture interpellate rende la lettura dei dati critica e sicuramente rappresenta un limite alla generalizzazione dei risultati, sebbene il tasso di risposta a *survey* condotte tramite email o internet sia frequentemente inferiore al 20%. Per esempio, un'indagine analoga condotta sempre in Italia all'indomani della prima ondata COVID-19 ha riportato un tasso di risposta delle strutture del 18% [12]. Verosimilmente non esiste un univoco motivo per il quale tante strutture non hanno provveduto a divulgare al personale l'indagine. In alcuni casi ci è stato comunicato che valutazioni analoghe erano già state condotte internamente; in altri casi non ci sono state fornite indicazioni specifiche. Sicuramente molte precedenti *survey* sono state divulgate in questi mesi e la salute dei lavoratori sanitari è stata oggetto di grande attenzione, talora forse saturando la disponibilità a "mettersi a disposizione" della ricerca, molto sentita all'inizio e poi diminuita col passare dei mesi. D'altra parte, si può anche supporre che tematiche relative a criticità organizzative vissute durante la pandemia abbia spinto ad una scarsa adesione alle presente ricerca. La stessa considerazione, d'altro canto, può suggerire un'interpretazione anche opposta. Infatti, sebbene numericamente simile alla precedente indagine, il tasso di risposta alla nostra *survey* appare più significativo in considerazione del fatto che è stata divulgata molti mesi più tardi, in una fase ormai "cronica" della pandemia, che potrebbe aver verosimilmente ridotto la motivazione generale a partecipare ad un'indagine riguardante un tema ormai "secondario" e non più cogente come lo era la pandemia durante la prima ondata. Nel confronto con il precedente indagine dobbiamo anche tenere conto che questa era limitata a strutture del nord Italia, più precocemente e severamente colpito dalla pandemia, mentre la nostra indagine era destinata a strutture sparse su tutto il

territorio nazionale. Questo può aver "diluìto" l'intensità delle risposte patologiche riscontrate nell'indagine, ma anche la percezione della pandemia come un problema di significativo impatto sulla salute mentale degli operatori. Il tasso elevato di risposte nel sesso femminile è comparabile con la precedente ricerca ed è, a nostro avviso, dipendente sia dalla elevata rappresentazione femminile nei lavoratori di questo tipo sia dalla minor propensione degli uomini – anche dovuta a stereotipi di genere - ad occuparsi della propria salute mentale.

La valutazione clinica

Quello che emerge a distanza di 12 mesi dal primo *lock-down* e dopo la terza ondata di Covid-19 è un livello consistente di sofferenza psichica nel personale in concordanza con quanto osservato in ricerche analoghe. Per esempio, la percentuale di punteggi al GAD-7 di livello moderato-severo è risultata del 30% nel nostro campione mentre era del 21,9% nell'altro studio analogo condotto dopo la prima ondata. Mentre i sintomi da PTSD rilevati con la scala IES-R è risultata del 29,3% con sintomi moderati-severi nella nostra *survey* e del 40,4% nell'altra ricerca [12]. Infine per quanto riguarda la sintomatologia depressiva si osservano livelli moderati-severi in circa il 15% della popolazione. Il dato inerente alla sintomatologia ansiosa è un dato saliente, che mostra come, a distanza di molti mesi dall'inizio della pandemia, l'adattamento dei lavoratori delle RSA sia ancora critico ed in grado di elicitare sintomi ansiosi. Anche il dato relativo alla sintomatologia depressiva appare ragguardevole: esso mostra, da una parte, che la situazione di stress protratto ha fatto emergere sintomi depressivi in una percentuale non certo trascurabile di soggetti, ponendo i lavoratori delle RSA in un gruppo indubbiamente di rischio. Dall'altra, la presenza di punteggi più alti in coloro i quali avevano anamnesi di precedenti disturbi mentali conferma che un'anamnesi psichiatrica positiva rappresenta un importante fattore di rischio per ulteriori ricorrenze. Non inaspettatamente, inoltre, le regioni del

Nord, più precocemente ed intensamente colpite dalla pandemia, mostravano punteggi medi più alti rispetto a quelle del Centro. Infine, il dato relativo alla IES-R e quindi alla sintomatologia PTSD merita una riflessione molto attenta. Se è vero che il tasso di soggetti con sintomi moderati-severi è ridotto rispetto alla precedente *survey* relativa alla prima ondata, è altrettanto vero che la variabile del tempo è tutt'altro che trascurabile. Una sintomatologia PTSD che non ha mostrato risoluzione entro i 12 mesi dall'esordio è una sintomatologia che si può considerare ormai cronica e, pertanto, connessa ad una serie di *outcome* negativi anche in termini di salute generale. Sebbene non disponiamo di una valutazione longitudinale che ci permetta di dire che i sintomi di PTSD che abbiamo registrato nella nostra *survey* siano esorditi più di 12 mesi fa, sembra verosimile che almeno una buona quota di questi siano stati conseguenti alle prime fasi della pandemia, durante le quali la maggior parte degli aspetti drammatici della pandemia si sono svolti. Per questo motivo, il dato di un 29% di soggetti impiegati nelle RSA con sintomi PTSD moderati-severi a distanza di 18 mesi dall'inizio della diffusione del COVID-19 nel nostro paese merita attenzione da parte dei clinici ed azione da parte delle istituzioni.

Interferenza con il funzionamento sociale e lavorativo

Aver utilizzato la scala WSAS ha permesso di valutare l'impatto esperienziale di un disturbo ed il modo in cui compromette la capacità di funzionare giorno per giorno. L'interesse nella misurazione e nel monitoraggio di tali cambiamenti, oltre ai sintomi, è in continua espansione.

Appare rilevante che, a distanza di 12 mesi dal primo *lock-down* circa il 40% del personale presenta un'interferenza significativa nel proprio funzionamento sociale e lavorativo e poco più del 15% ha un impatto severo.

CONCLUSIONI

La ricerca condotta presenta alcuni limiti e aggiunge al contempo alcune informazioni rilevanti sull'impatto

della pandemia Covid-19 sul personale delle strutture socio-assistenziali per anziani.

I limiti sono legati al basso livello di risposta che si è osservato e che testimonia almeno in parte le enormi difficoltà organizzative che molte strutture hanno incontrato. Questa difficoltà di indagine ha limitato una comprensione più profonda del fenomeno.

D'altra parte l'indagine condotta ad un anno di distanza ha permesso di osservare cosa è restato in termini di danno psichico nei soggetti che lavorano nelle strutture coinvolte nel circuito dei Bollini RosaArgento. Risulta cioè che circa il 30% dei soggetti presenta elementi suggestivi di sintomi connessi a PTSD, con livelli moderati di ansia. Il 15% del campione presenta invece livelli moderati di sintomi depressivi e un impatto severo sul funzionamento sociale e lavorativo. Rappresentano la quota di lavoratori (e più spesso lavoratrici) su cui la pandemia ha lasciato tracce più profonde che a distanza di oltre 12 mesi si manifesta ancora con livelli consistenti di sofferenza e disagio.

Sono queste persone coloro verso cui sarebbero indicati interventi di aiuto e sostegno specifici come è già avvenuto in molte strutture sanitarie.

Vista la prevalenza femminile tra gli operatori sanitari ed in particolare tra i rispondenti a questa *survey* (84%) si potrebbero integrare le politiche a supporto della conciliazione tra vita familiare e vita lavorativa, le politiche di genere, così che offrano strumenti di ausilio operativo in un contesto di emergenza; situazione che purtroppo potrebbe diventare sempre più frequente. Flessibilità organizzativa per cambiamenti di mansione tale da sviluppare una "job rotation" funzionale alle risposte sia del cambiamento della domanda di servizi, sia delle esigenze di intervento mirato sul "burnout" di alcuni dipendenti.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ASST Lodi;*

° *Dipartimento Di psichiatria e delle dipendenze Asst
Fatebenefratelli-Sacco Milano;*

^ *Università degli Studi di Milano;*

§ *Università Bocconi - Fondazione ONDA*

† *DIBIC, Università degli Studi di Milano - Fondazione ONDA;*

‡ *Responsabile Bollini RosaArgento Fondazione ONDA,
Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere*

CORRISPONDENZA

chiara.grossi@asst-lodi.it

BIBLIOGRAFIA

1. Kaneda T., Greenbaum C., Patierno K. 2019 *World population data sheet*. Washington, DC: Population Reference Bureau. See <http://www.prb.org/2019-world-population-data-sheet/>.
2. Istituto Superiore di Sanità. 2020 *National Survey on COVID-19 Contagion in residential and social-health structures. Third report*. See <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/sars-cov-2-survey-rsa-rapporto-3.pdf>.
Google Scholar
3. Li Q et al. 2020 *Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia*. N. Engl. J. Med. 382, 1199-1207. (doi:10.1056/NEJMoa2001316)
Crossref, PubMed, ISI, Google Scholar
4. Honan K., Brody L., Calfas J. 2020 *U.S. deaths top 71,000, as impact on nursing homes mounts*. See <https://www.wsj.com/articles/coronavirus-latest-news-05-05-2020-11588669450>.
Google Scholar
5. <https://opendatadpc.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/boc68bce2cce478eaac82fe38d4138b1>
6. Odone A., Delmonte D., Scognamiglio T., Signorelli C. *COVID-19 deaths in Lombardy, Italy: data in context*. Lancet Public Health. 2020 Apr 24. pii: S2468-2667(20)30099-2.
7. Remuzzi A., Remuzzi G. *COVID-19 and Italy: what next?* Lancet. 2020 Apr 11;395(10231):1225-1228.
8. Bai Y, Lin CC, Lin CY, Chen JY, Chue CM, Chou P. *Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak*. Psychiatr Serv. 2004;55(9):1055-1057.
9. Lai J., Ma S., Wang Y., Cai Z., Hu J., Wei N., Wu J., Du H., Chen T., Li R., Tan H., Kang L., Yao L., Huang M., Wang H., Wang G., Liu Z., Hu S. *Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019*. JAMA Netw Open. 2020 Mar 2;3(3):e203976.
10. Carmassi C., Cerveri G., Bui E., Gesi C., Dell'Osso L. *Defining effective strategies to prevent post-traumatic stress in healthcare emergency workers facing the COVID-19 pandemic in Italy*. CNS Spectr. 2020 Jul 14:1-2. doi: 10.1017/S1092852920001637.
11. Carmassi C., Cerveri G., Bertelloni C.A., Marasco M., Dell'Oste V., Massimetti E., Gesi C., Dell'Osso L. *Mental health of frontline help-seeking healthcare workers during the COVID-19 outbreak in the first affected hospital in Lombardy, Italy*. Psychiatry Res. 2021 Apr;298:113763.
12. Riello M., Purgato M., Bove C., MacTaggart D., Rusconi E. 2020 *Prevalence of post-traumatic symptomatology and anxiety among residential nursing and care home workers following the first COVID-19 outbreak in Northern Italy*. R. Soc. Open Sci. 7: 200880. <http://dx.doi.org/10.1098/rsos.200880>
13. Bai Y., Lin C.C., Lin C.Y., Chen J.Y., Chue C.M., Chou P. 2004 *Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak*. Psychiatr. Serv. 55, 1055-1057. (doi:10.1176/appi.ps.55.9.1055)

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

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 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