

COVID-19: impatto sulla salute mentale e supporto psicosociale

Tonino Cantelmi e Emiliano Lambiase

Istituto di Terapia Cognitivo-Interpersonale - Roma

Introduzione

A milioni di persone in tutto il mondo è stato imposto di adottare comportamenti di distanziamento sociale e di isolamento, al fine di rallentare la diffusione dell'infezione da COVID-19 e di proteggere sé stesse. Secondo tutti gli osservatori è la prima volta che l'umanità vive una situazione dovuta alla straordinaria rapidità della diffusione nel mondo dell'infezione da coronavirus, merito della globalizzazione e della maggiore facilità e rapidità con la quale ci si può spostare quasi ovunque. Gli elementi con potenziale psicopatologico sono molteplici: l'effetto traumatico dell'evento, caratterizzato da fenomenologie sintomatiche gravi e letali, soprattutto per la popolazione più fragile; il carico di preoccupazione e paure generate sia dalla possibilità del contagio, sia dalle conseguenze economiche e sociali della pandemia; il potenziale effetto psicolesivo delle restrizioni della libertà conseguenti alle misure di distanziamento sociale ed isolamento adottate dalle autorità. Recentemente, Brooks e colleghi (2020) hanno pubblicato una rassegna nella quale hanno analizzato situazioni simili vissute negli ultimi decenni a seguito di SARS, Ebola, influenza H1N1 o MERS. La maggior parte degli studi esaminati ha riportato effetti psicologici negativi, tra cui disturbi post-traumatici da stress, confusione e rabbia. I fattori predisponenti per lo sviluppo dei sintomi includevano: durata delle misure di isolamento, paura di contrarre l'infezione, frustrazione, noia, forniture inadeguate di beni essenziali (es. cibo) o necessari (es. farmaci o strumenti medici), informazioni inadeguate, perdite finanziarie e stigmatizzazione dei contagiati.

Presidente: **Tonino Cantelmi**

Coordinamento Scientifico: **Emiliano Lambiase, Michela Pensavalli**

Presidenza: **Via Livorno n° 36 00162 Roma**

Tel/fax: **+39 0644247115 - info@itci.it - www.itci.it**



Conseguenze psicologiche per la popolazione generale

Come abbiamo detto, dalla rassegna di Brooks e colleghi (2020) è emerso che le persone che hanno vissuto periodi di isolamento hanno manifestato sintomi psicologici ascrivibili in particolare al disturbo post-traumatico da stress. Ad esempio, Hawryluck e collaboratori (2004) hanno svolto una ricerca su 129 persone in isolamento per il contenimento della diffusione della SARS e hanno riscontrato un'alta prevalenza di disagio emotivo e, in particolare, gli Autori si sono soffermati ad analizzare l'incidenza di disturbo post-traumatico da stress e depressione nel corso dell'epidemia, osservandone la presenza rispettivamente nel 28,9% e nel 31,2% degli intervistati. Inoltre, al crescere della durata dell'isolamento è risultata associata una maggiore incidenza dei sintomi di disturbo post-traumatico. Infine, la conoscenza di persone affette da SARS o l'esposizione diretta a qualcuno con una diagnosi di SARS erano associate a manifestazioni psicopatologiche di tipo post-traumatico.

Mentre la pandemia è un momento estremo e particolare, il tipo di isolamento vissuto dalle persone in questa situazione non è un'esperienza così rara. Gli impatti dell'isolamento sociale sui nostri corpi e sulle nostre menti sono stati studiati in una varietà di gruppi diversi, dagli astronauti alle persone incarcerate, ai bambini immunocompromessi, ai ricercatori antartici. I modelli che sono emersi dalle esperienze di solitudini radicali illuminano i modi per comprendere e migliorare la situazione attuale.

Lawrence Palinkas (cit. in Grey Ellis, 2020), studioso di adattamenti psicosociali in ambienti estremi all'Università della California del Sud, afferma che in presenza di un periodo di tempo molto ben definito di isolamento, le persone – anche in assenza di malattie, come ad esempio gli scienziati che lavorano in una regione remota – si comportano piuttosto bene fino alla metà del periodo. Successivamente sperimentano una caduta di umore e, infine, quando sanno che il loro confinamento sta per concludersi, iniziano una fase di sostanziale recupero. Il problema della situazione attuale è che ci troviamo in un periodo di confinamento ancora indefinito, il cui termine e le modalità di conclusione non sono ancora chiari. Pertanto, possiamo ritenere di trovarci costantemente nella fase intermedia descritta da Palinkas.

Alexander Chouker (2020), un ricercatore medico che studia il rapporto tra immunologia e stress presso l'Università di Monaco, ha riscontrato cambiamenti radicali nei corpi delle persone che



partecipano a simulazioni di missioni di volo spaziale con equipaggio come Mars-500 (cit. in Grey Ellis, 2020). Sebbene si tratti di persone giovani e addestrate, e non in condizioni di reale minaccia, il semplice fatto di vivere in uno stato di confinamento produceva dei cambiamenti importanti. I partecipanti, alcuni dei quali sono stati isolati solo per tre mesi, hanno sperimentato cambiamenti nel loro sonno, nel sistema immunitario, endocrino e neurocognitivo, nonché alterazioni del loro metabolismo. In sintesi, essere confinati e isolati influenza la fisiologia umana nel suo insieme. Inoltre, come Afferma Choucker, le persone che attraversano un periodo di isolamento, sia che siano state in una stazione spaziale nella Stazione Spaziale Internazionale o in quarantena, spesso sperimentano sintomi riferibili ad un disturbo post traumatico e lottano di nuovo mentre si reintegrano nella loro normale routine. L'isolamento sociale può gradualmente diventare uno stato di vita normale e perderlo può addirittura essere una fonte di ulteriore stress.

Inoltre, a livello di salute fisica, anche se è noto che l'inattività fisica abbia effetti negativi sul nostro sistema muscolare, scheletrico, immunitario, respiratorio e cardiovascolare, quello che è meno noto è che già due settimane di inattività possono iniziare ad avere effetti negativi a livello cardiorespiratorio, muscolare e metabolico (Bowden Davies, *et al.*, 2018).

Un tipo indiretto di conseguenza negativa, ma non per questo meno grave, è la violenza domestica. Già ricerche precedenti suggeriscono che lo stress durante i periodi di disastro porta ad un aumento dei tassi di questo tipo di abuso (Parkinson & Zara, 2013). In questo periodo prolungato di isolamento in famiglia questo può essere particolarmente vero dato che, oltre allo stress e alle conseguenze negative dell'epidemia, si aggiunge la convivenza forzata con l'aggressore. A riprova di questo, in Cina le notizie di violenza domestica sono quasi triplicate durante la chiusura delle città (Boddy, Young & O'Leary, 2020).

Un tipo inaspettato di conseguenza negativa è legata al lavoro agile (smart working). Diverse aziende hanno infatti iniziato a rivolgersi a consulenti e psichiatri per aiutare i dipendenti stressati dal lavorare da casa, non solo a causa del confinamento domestico e del distanziamento sociale ma anche per imparare a gestire il carico di lavoro all'interno della propria abitazione, dove i due tipi di attività convivono nello stesso ambiente (Dave, 2020). Microsoft, P&G e Deloitte sono tra le aziende che hanno cercato assistenza professionale per aiutare i dipendenti ad affrontare i disagi causati dal distanziamento sociale. Microsoft ha collaborato con esperti che terranno conversazioni con



dipendenti e manager per circa 45-60 minuti sull'importanza della salute mentale e del benessere, sulla comprensione del COVID-19 e li guideranno a prendersi cura di sé e del proprio modo di lavorare. Deloitte, d'altra parte, ha attivato una linea di assistenza, attraverso la quale i dirigenti delle risorse umane chiamano i dipendenti quasi ogni giorno. Quando valutano che sia necessario un aiuto esperto, rimandano il dipendente a un consulente. Procter & Gamble ha organizzato webinar e invitato esperti per aiutare i dipendenti a gestire il proprio benessere mentale ed emotivo. Gli esperti affermano che mentre la maggior parte dei dipendenti deve affrontare la nuova realtà del lavoro da casa e il conseguente tumulto emotivo, nella maggior parte dei casi i dipendenti più giovani si trovano ad affrontare problemi maggiori. Molte aziende temono che i millennial che lavorano da casa non siano abituati al distanziamento sociale e possano deprimersi o mostrare effetti collaterali psicologici. In tali casi, consulenti e psicologi li stanno aiutando ad affrontare questa fase e a concentrarsi sul lavoro mentre sono lontani dal posto di lavoro.

Per concludere le riflessioni sulle conseguenze negative delle forme di restrizione, isolamento e distanziamento sociale ci soffermeremo sul rapporto tra stress, solitudine e sistema immunitario. L'isolamento, infatti, è un periodo nel quale si vive un forte periodo di stress e di solitudine, e questo ha conseguenze importanti sul sistema immunitario. Proprio quel sistema immunitario necessario per combattere l'eventuale contagio. La disregolazione immunitaria è un potenziale percorso attraverso il quale la solitudine può influenzare la salute. In effetti, un recente lavoro teorico ha sostenuto che i legami tra solitudine, stress e infiammazione (un meccanismo immunologico chiave) siano fondamentali per comprendere le implicazioni sanitarie dell'essere o sentirsi soli (Hawkley, *et al.*, 2007). L'infiammazione è modulata dallo stress e ha forti legami con la salute; un'infiammazione eccessiva e cronica è legata a malattie generalmente correlate all'età come disturbi cardiovascolari, disturbi neurodegenerativi e fragilità (Ershler & Keller, 2000; Hansson, 2005).

Un numero crescente di prove suggerisce che la solitudine può essere collegata alla funzione immunitaria disregolata, inclusa un'infiammazione elevata. Ad esempio, gli studenti di medicina più solitari avevano titoli anticorpali più elevati del virus Epstein - Barr (EBV) rispetto agli studenti meno isolati, indicando un controllo immunitario cellulare più scarso sul virus latente (Glaser, *et al.*, 1985). Allo stesso modo, gli uomini più soli con infezione da HIV avevano titoli anticorpali di herpesvirus 6 (HHV-6) umani più elevati rispetto alle loro controparti più socialmente collegate (Dixon, *et al.*, 2006).

Presidente: **Tonino Cantelmi**

Coordinamento Scientifico: **Emiliano Lambiase, Michela Pensavalli**

Presidenza: **Via Livorno n° 36 00162 Roma**

Tel/fax: **+39 0644247115 - info@itci.it - www.itci.it**



Gli studenti di medicina più soli e i ricoverati psichiatrici più solitari hanno mostrato una minore attività delle cellule killer naturali, un'importante difesa antitumorale e antivirale rispetto a quelle con più connessioni sociali (Kiecolt-Glaser, Ricker, *et al.*, 1984; Kiecolt-Glaser, Garner, *et al.*, 1984). Le persone che erano più sole avevano una risposta immunitaria più scarsa al vaccino antinfluenzale rispetto a quelle che erano meno sole (Pressman, *et al.*, 2005). Rispetto alle loro controparti socialmente collegate, le persone più solitarie avevano maggiori monociti chemiotattica proteina-1 (MCP-1; Hackett, *et al.*, 2012), una citochina implicata in malattie infiammatorie come l'artrite reumatoide e l'aterosclerosi (Deshmane, *et al.*, 2009). Inoltre, rispetto alle persone più socialmente collegate, gli individui più solitari hanno mostrato sovra-regolazione dei geni proinfiammatori e sotto-regolazione dei geni antiinfiammatori (Cole, *et al.*, 2007).

Inoltre, prove correlazionali suggeriscono che le persone sole sono psicologicamente più reattive allo stress rispetto a quelle che non lo sono. Ad esempio, gli individui più soli si sentivano più stressati e riferivano maggiore ansia rispetto a quelli che lo erano di meno (Cacioppo, *et al.*, 2000). Allo stesso modo, le persone più solitarie hanno vissuto le attività quotidiane come più stressanti e minacciose (Hawkley, *et al.*, 2003). Poiché le persone sole sono altamente reattive allo stress e lo stress modula l'infiammazione (Glaser & Kiecolt-Glaser, 2005), la solitudine può essere collegata alla produzione di citochine proinfiammatorie in risposta a un fattore di stress acuto. In effetti, in alcune prove la citochina proinfiammatoria interleuchina-6 (IL-6) e l'antagonista del recettore dell'interleuchina-1 (IL-1Ra) sono risultati elevati dopo lo stress acuto tra coloro che sperimentavano una maggiore solitudine rispetto a quelli che erano meno soli (Hackett, *et al.*, 2012). Inoltre, tutti questi risultati sono stati altamente coerenti tra diverse popolazioni, suggerendo che le persone sole mostrano un fenotipo proinfiammatorio.

I risultati attuali sono coerenti con la speculazione teorica e l'evidenza empirica che dimostrano che relazioni intime e premurose sono essenziali per il benessere mentale e fisico; invece, le persone più sole manifestano maggiori risposte di produzione di citochine stimulate dallo stress acuto rispetto agli altri e l'infiammazione è collegata a una varietà di malattie legate all'età (Ershler & Keller, 2000; Hansson, 2005). In effetti, rispetto alle loro controparti socialmente collegate, le persone più solitarie sperimentano una vasta gamma di problemi di salute che vanno dall'aumentata incidenza di malattie



coronariche¹ alla mortalità prematura (Holt-Lunstad, Smith & Layton, 2010; Thurston & Kubzansky, 2009). A tal proposito è importante sottolineare che, in base ai dati pubblicati dall'Istituto Superiore di Sanità il 27 marzo 2020, i problemi maggiormente ricorrenti tra le persone che sono morte a causa del COVID-19 sono quelli di natura cardiocircolatoria: cardiopatia ischemica 2,7%, fibrillazione atriale 23,7%, scompenso cardiaco 17,1%, ictus 11,3%, ipertensione arteriosa 73%.

Altri fattori possono lavorare in modo indipendente o in tandem con cambiamenti nell'infiammazione per influenzare la salute. Ad esempio, rispetto alle persone più socialmente collegate, le persone più sole hanno riportato una qualità del sonno peggiore, un forte predittore di esiti negativi sulla salute (Cacioppo, *et al.*, 2002; Strine & Chapman, 2005).

In uno studio di Jaremka e colleghi (2013), le analisi accessorie hanno dimostrato che le persone più sole hanno mostrato una maggiore produzione di citochine proinfiammatorie stimulate in risposta allo stress rispetto alle persone meno sole, indipendentemente dalla qualità del sonno. Questi dati suggeriscono che la qualità del sonno non spiega le alterazioni immunitarie legate alla solitudine. Di conseguenza, la solitudine può influenzare indipendentemente la salute attraverso il sonno e la disregolazione immunitaria.

Meccanicamente, sia il sistema autonomo che quello neuroendocrino influenzano l'infiammazione da stress. La noradrenalina stimola il rilascio di citochine proinfiammatorie (Bierhaus, *et al.*, 2003; Kohm & Sanders, 2000). Inoltre, l'attività parasimpatica può ridurre l'infiammazione attraverso la via antiinfiammatoria colinergica che induce il rilascio di acetilcolina (Tracey, 2009). Poiché lo stress riduce l'attività parasimpatica, lo stress si traduce in definitiva in un'elevata produzione di citochine. Di conseguenza, la ricerca che incorpora le conseguenze autonome, neuroendocrine e immunitarie della solitudine aiuterebbe a fornire un quadro completo dei modi in cui questi sistemi fisiologici si influenzano a vicenda per influenzare la salute.

¹ <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-decessi-italia>



Conseguenze psicologiche per il personale sanitario

Il personale sanitario presenta numerosi fattori di rischio per la salute mentale nell'attuale epidemia. Un recentissimo studio, pubblicato sul *Journal of American Medical Association*, quantifica tale rischio (Lai, *et al.*, 2020). Lo ricerca, basata su un'indagine svolta dal 29 gennaio al 3 febbraio, ha esaminato i risultati relativi alla salute mentale di 1.257 operatori sanitari che hanno assistito pazienti affetti da COVID-19 in 34 ospedali della Cina. I risultati non sono confortanti: gran parte di essi riferisce di sperimentare sintomi di depressione (50%), ansia (45%), insonnia (34%) e distress (71,5%).

Il personale infermieristico riporta sintomi particolarmente gravi, e forse questo non sorprende, dato che sono maggiormente a contatto con i pazienti, aumentando quindi il rischio di contagio, sono a più diretto contatto con la sofferenza, e devono esercitare costantemente la compassione mentre contengono i propri sentimenti. Gli operatori di prima linea e quelli di Wuhan, epicentro dell'epidemia originale, hanno manifestato un carico psicologico maggiore rispetto agli operatori sanitari cinesi più lontani dall'epicentro.

Lo studio rileva che durante l'epidemia di SARS del 2003, gli operatori sanitari temevano di infettare la famiglia o gli amici e si sentivano stigmatizzati perché erano in stretto contatto con pazienti malati. Hanno sperimentato uno stress significativo e a lungo termine. Paure simili stanno probabilmente contribuendo al disagio degli operatori sanitari impegnati ora in Italia, oltre all'ovvia preoccupazione di correre un rischio superiore alla media di contrarre COVID-19.

Uno studio di Bai e colleghi (2004) sul personale ospedaliero che potrebbe essere entrato in contatto con la SARS ha scoperto che immediatamente dopo la fine del periodo di isolamento (9 giorni), essere stato messo in quarantena era il fattore più predittivo dei sintomi del disturbo da stress acuto. Nello stesso studio, il personale in quarantena aveva significativamente più probabilità di riferire problematiche psicopatologiche, distacco dagli altri, ansia quando dovevano trattare pazienti febbrili, irritabilità, insonnia, scarsa concentrazione e indecisione, deterioramento delle prestazioni lavorative e riluttanza al lavoro o considerazione di dimettersi dal lavoro.



In un altro studio svolto sempre in Canada nel periodo della SARS (Wu, *et al.*, 2009), l'effetto di essere messo in quarantena era un fattore predittivo di sintomi post traumatici da stress nei dipendenti ospedalieri anche 3 anni dopo.

Da una ricerca di Reynolds e colleghi (2008) sulle persone che sono state messe in quarantena in Canada nel corso dell'epidemia di SARS, è emerso che gli operatori sanitari hanno sperimentato un maggiore disagio psicologico, inclusi i sintomi di disturbo post-traumatico da stress. La crescente difficoltà nella compliance, l'essere operatori sanitari, la durata della quarantena e la difficoltà ad aderire alle richieste della quarantena hanno contribuito in modo significativo a punteggi più elevati di stress post-traumatico.

Al culmine dell'epidemia di sindrome respiratoria acuta grave (SARS) del 2003 a Taiwan, gli infermieri di un ospedale che si occupavano di 27 casi sospetti avevano problemi psicologici, come ansia, depressione e ostilità (Chen, *et al.*, 2005). A Singapore, il 27% degli operatori sanitari durante l'epidemia di SARS presentava sintomi psichiatrici (Chan & Huak, 2004).

Paura e nervosismo sono state le esperienze dolorose riportate anche dagli operatori sanitari che si sono occupati dei pazienti con MERS-CoV in Arabia Saudita (Khalid, *et al.*, 2016).

Una conseguenza negativa inattesa per la categoria degli operatori sanitari è lo stigma. Circa il 20% degli operatori sanitari coinvolti nell'epidemia di SARS a Taiwan ha avvertito stigmatizzazione e rifiuto da parte del proprio vicinato (Bai, *et al.*, 2004). A Singapore, il 49% degli operatori sanitari durante l'epidemia di SARS ha subito stigmatizzazione sociale a causa del proprio lavoro (Koh, *et al.*, 2005). Allo stesso modo, le infermiere coreane che lavorano negli ospedali con pazienti con MERS-CoV sono state messe a distanza dai loro cari (ad es. famiglia o amici) e gli è stato vietato l'uso di ascensori nei loro palazzi, e persino ai loro figli non è stato permesso di frequentare asili e scuole (Jung & Cho, 2015).

Esistono anche alcune prove empiriche di stigma tra i principali operatori sanitari durante l'epidemia di SARS a Singapore (Verma, *et al.*, 2004).

Coerentemente con questo, studi precedenti hanno evidenziato che lo stigma è correlato allo stress non solo nelle persone affette da malattie infettive (Charles, *et al.*, 2012) ma anche nelle infermiere che si prendono cura di loro (Hernandez, Morgan & Parshall, 2016).



Da una recente ricerca di Park e colleghi (2018) svolta su personale sanitario che ha lavorato in un ospedale della Corea del Sud durante un'epidemia di MERS-Cov, è emerso che lo stigma può influire sia direttamente che indirettamente (mediato dallo stress) sulla salute mentale degli operatori sanitari,

Infine, ci soffermiamo ad analizzare i risultati di uno studio qualitativo svolto da Khee e colleghi (2004), incentrato sui problemi emotivi che gli operatori sanitari di Singapore hanno dovuto affrontare durante l'epidemia di SARS. Tale studio, svoltosi contemporaneamente all'evolversi dell'epidemia, consisteva in un programma per la salute mentale degli operatori sanitari tenuto da un team di psicologi. Il programma consisteva in una terapia rivolta a 188 operatori sanitari (principalmente medici e infermieri) divisi in 16 gruppi.

Dall'analisi dei resoconti degli incontri di gruppo, alcune delle principali tematiche emerse furono le seguenti:

- **Paura.** La paura fu l'emozione più comunemente riportata. Tale sentimento si incrementò ulteriormente e iniziò a proliferare soprattutto quando lo stesso personale medico iniziò a sviluppare sintomi di contagio. Al culmine della crisi, l'incredulità e la rabbia divennero le emozioni prevalenti tra gli operatori sanitari. Ben presto l'apice dell'incidenza tra gli operatori sanitari rese la paura, l'incredulità e la rabbia le emozioni più diffuse. La paura di acquisire e diffondere il virus ad altri, specialmente alle loro famiglie, perseguitò molti.
- **Vigilanza.** L'elevato stato di ansia presente tra tutti gli operatori sanitari li influenzò a credere che ogni sintomo che avevano fosse correlato alla SARS, anche quando erano chiaramente sintomi di angoscia e paura. Tutti i membri dei gruppi di terapia si sentirono "ossessionati" dal fatto che in qualsiasi momento anche loro si sarebbero potuti ammalare.
- **Distacco.** In alcuni casi, gli operatori sanitari iniziarono a distanziarsi inconsciamente dagli altri. In altri casi gli fu imposta la distanza. A volte furono i loro cari a vederli come una possibile fonte di contagio e ad avere timore di loro. L'evidente mancanza di supporto fu una delle principali preoccupazioni incontrate dagli operatori sanitari.
- **Ansia da separazione.** L'aumento dei tassi di mortalità tra gli operatori sanitari portò alcuni membri del personale clinico a dover fornire assistenza medica ai propri colleghi malati. L'ovvia reazione di identificarsi con i colleghi contagiati innescò una serie di problemi emotivi. Ad esempio, alcuni



lottarono interiormente per spersonalizzare il trattamento e altri, invece, si iper-coinvolsero. Molti riferirono di avere flashback dei loro colleghi sottoposti a ventilazione meccanica anche dopo che il loro turno era terminato. Alcuni sentirono il bisogno di telefonare in reparto una volta tornati a casa solo per controllare lo stato di salute del collega malato.

- *Preoccupazioni sulla mortalità.* La SARS ha innescò un drammatico aumento dei tassi di mortalità in terapia intensiva. L'impatto emotivo di questo devastante focolaio si intensificò quando uno dei medici dell'istituto morì poco dopo aver acquisito la malattia. La stretta vicinanza e l'identificazione con il malato amplificò il senso di mortalità di tutti gli operatori sanitari. Emersero gravi crisi esistenziali. Molti ebbero sensi di colpa nei confronti della propria sopravvivenza. Molte preoccupazioni spirituali emersero nelle sessioni di gruppo. Alcuni iniziarono ad apprezzare le cose più piccole della vita. Molti furono turbati da questioni esistenziali pragmatiche come la cura delle loro famiglie se fosse accaduto qualcosa anche a loro.
- *Privazione.* Risorse limitate portarono alla chiusura di numerosi servizi in ospedale. In molti casi, al personale sanitario furono fornite quantità inadeguate di cibo, in altre circostanze il menù rimase lo stesso per giorni. Man mano che l'offerta di equipaggiamento protettivo diminuiva divenne sempre più evidente uno stato generale di panico.
- *Interruzione.* La terapia intensiva venne incrementata per aumentare la copertura ospedaliera per i pazienti critici e, a causa della chiusura di vari servizi ospedalieri, molti infermieri e medici furono spesso trasferiti. Lo spostamento e la riorganizzazione costanti del personale e delle attrezzature causarono gravi interruzioni del flusso di lavoro generale dell'ospedale. Inoltre, dover trattare con nuovo personale e far fronte ai nuovi direttori nei reparti comportò ulteriori stress.
- *Discriminazione.* Dopo che il dipartimento dei servizi sanitari designò un'istituzione come centro ufficiale per il trattamento della SARS, tutto il personale medico iniziò ad essere visto negativamente. Alcuni riferirono di essere stati sfrattati dalle loro case, ad altri fu negato l'accesso ai mezzi di trasporto pubblici se visti in uniforme oppure gli altri passeggeri si allontanavano da loro. Il personale sanitario sperimentò un senso di discriminazione e mancanza di apprezzamento, incredibilmente dopo il fatto di aver scelto di rischiare la propria vita per il prossimo.
- *Senso del dovere.* Molti operatori sanitari dovettero affrontare gravi conflitti personali dovendo scegliere tra il proprio istinto di autoconservazione rispetto al loro dovere di operatori sanitari.



Questo dilemma includeva anche la scelta tra il benessere e le preoccupazioni per le loro famiglie rispetto alla cura dei loro malati rimanendo in ospedale. Alcuni medici senior si sentivano obbligati ad essere forti e ad apparire sicuri nonostante il forte stress. Credevano che il loro dovere fosse quello di dare un esempio di coraggio nell'interesse di tutto lo staff.

- *Discrepanza*. Man mano che emergevano ulteriori fatti sulla malattia, furono apportate rapide modifiche alle politiche sanitarie. Il personale medico riscontrò numerose discrepanze nei parametri e nel flusso di lavoro. Anche tra le istituzioni, furono adottate diverse politiche. Ad alcuni fu detto di usare tutti i mezzi di protezione, mentre ad altri fu detto che non era necessario.

Fattori predisponenti le conseguenze negative dell'isolamento, delle forme di restrizione e del distanziamento sociale imposto

Dalla rassegna di Brooks e colleghi (2020) sono emersi alcuni elementi che sembrano aver contribuito alle conseguenze negative della quarantena. Possono essere divisi in tre categorie: pre, durante e post quarantena.

Predittori di impatto psicologico della quarantena

Secondo la rassegna di Brooks e colleghi (2020), avere una storia di malattia psichiatrica era associato all'esperienza di ansia e rabbia fino a 4–6 mesi dopo il rilascio dalla quarantena.

Inoltre, un'altra categoria particolarmente a rischio era quella degli operatori sanitari, in particolare quelli messi in quarantena, i quali avevano sintomi più gravi di stress post-traumatico rispetto al resto della popolazione, nonché sentimenti di rabbia, paura, frustrazione, senso di colpa, impotenza, isolamento solitudine, nervosismo, tristezza, preoccupazione.

A queste categorie pensiamo di poter aggiungere quelle che già in precedenza vivevano in situazioni economiche o sociali precarie. In questi casi potrebbero mancare le risorse necessarie per affrontare l'isolamento, come ad esempio una rete relazione di riferimento con la quale rimanere in contatto e



dalla quale essere supportati, le risorse e gli strumenti necessari per entrare in contatto con essa, oppure le conoscenze per utilizzare questi strumenti.

Stressor durante la quarantena

Alcuni studi hanno dimostrato che periodi più lunghi di quarantena erano associati in particolare a problemi di salute mentale: sintomi di stress post-traumatico, comportamenti di evitamento e rabbia. Uno studio (Hawryluck, *et al.*, 2004) ha dimostrato che le persone in quarantena per più di 10 giorni mostravano sintomi post-traumatici da stress significativamente più elevati rispetto a quelli messi in quarantena per meno di 10 giorni.

Il timore di essere contagiati era correlato alla presenza di disagi psicologici anche molti mesi dopo la fine della quarantena (Jeong, *et al.*, 2016).

Il confinamento, la perdita della solita routine e il ridotto contatto sociale e fisico con gli altri hanno spesso causato noia, frustrazione e un senso di isolamento dal resto del mondo.

Avere scorte di base inadeguate (ad es. cibo, acqua, vestiti o alloggio) durante la quarantena era fonte di frustrazione. Tale situazione ha continuato ad essere associata con ansia e rabbia anche 4–6 mesi dopo il rilascio (Jeong, *et al.*, 2016). Alcune persone hanno anche lamentato di non essere riuscite a ricevere in modo regolare cure mediche e prescrizioni farmacologiche.

Molti partecipanti hanno segnalato come causa di stress la scarsità di informazioni chiare da parte delle autorità sanitarie, lamentando la mancanza di linee guida chiare sulle azioni da intraprendere, nonché confusione riguardo lo scopo della quarantena. I partecipanti hanno percepito che la confusione derivava dalle differenze di stile, approccio e contenuto di vari messaggi provenienti dalla sanità pubblica a causa del cattivo coordinamento tra le diverse giurisdizioni e livelli di governo coinvolti.

Stressor post-quarantena

Presidente: **Tonino Cantelmi**

Coordinamento Scientifico: **Emiliano Lambiase, Michela Pensavalli**

Presidenza: **Via Livorno n° 36 00162 Roma**

Tel/fax: **+39 0644247115 - info@itci.it - www.itci.it**



La perdita finanziaria può essere un problema sperimentato durante la quarantena che le persone si sono trovate a fronteggiare anche dopo. La perdita del lavoro o finanziaria hanno creato gravi disagi socioeconomici e si è scoperto che era un fattore di rischio per i sintomi di disturbi psicologici (Mihashi, *et al.*, 2009) e per sentimenti di rabbia e ansia anche diversi mesi dopo la quarantena (Jeong, *et al.*, 2016).

Adesione alle regole della quarantena

Così come stiamo osservando in questo periodo in Italia, anche in altre occasioni c'è stata difficoltà a seguire le regole per la quarantena.

Dalla ricerca di Hawryluck e colleghi (2004) svolta a Toronto nel periodo della SARS, è emerso che l'85% delle persone in quarantena indossava una maschera in presenza di membri della famiglia²; Il 58% è rimasto all'interno della propria residenza per la durata della quarantena. Il 33% di quelli in quarantena non ha monitorato le proprie temperature come raccomandato: il 26% ha controllato le proprie temperature meno frequentemente di quanto raccomandato e il 7% non ha misurato affatto le proprie temperature. Non sono state riscontrate differenze tra operatori sanitari e il resto della popolazione in merito all'aderenza alle misure raccomandate.

Da una ricerca di Reynolds e colleghi (2008) sulle persone che messe in quarantena in Canada nel corso dell'epidemia di SARS è emerso che la conformità auto-segnalata con tutte le misure di quarantena richieste era bassa ($15,8 \pm 2,3\%$), sebbene significativamente più elevata quando si comprendeva la logica della quarantena. È da evidenziare che un incremento nella compliance alle richieste della quarantena ha contribuito ai punteggi più elevati di disturbo post-traumatico da stress.

La scarsa conformità ai requisiti di quarantena, e l'aumento di rischio di sintomi psicopatologici quando invece ci si conforma a tali requisiti, introducono preoccupazioni circa l'efficacia della quarantena come misura di sanità pubblica. È possibile migliorare la conformità e ridurre il disagio

² Alle persone in quarantena venne chiesto di non lasciare la loro abitazione e di non ricevere persone, di lavarsi le mani frequentemente, di indossare mascherine quando si trovavano nella stessa stanza più persone della stessa famiglia, di non condividere oggetti personali, di controllarsi la temperatura due volte al giorno e di contattare sistema sanitario in caso di sintomi.



psicologico riducendo al minimo la durata, rivedendo i requisiti e fornendo istruzione e supporto migliori.

Conclusioni: importanza del supporto psicosociale immediato

I dati riportati in questo articolo evidenziano che l'evento COVID-19 costituisce un fattore di rischio per la salute mentale sia nella popolazione generale, sia negli operatori sanitari. Il meccanismo psicopatologico è da ascrivere al trauma e alle conseguenze sintomatiche ad espressività post traumatica. Tali conseguenze negative si sono manifestate anche dopo pochi giorni dopo l'inizio delle restrizioni sociali e dell'emergenza medica, e sono proseguite anche molto tempo dopo.

Tutti i dati della letteratura sottolineano l'importanza di fornire supporto psicosociale già all'occorrenza del trauma. Da queste considerazioni emerge che è necessario attivare fin d'ora tale supporto soprattutto per gruppi di popolazione ad alto rischio: operatori sanitari e pazienti sottoposti a maggiore restrizione ed isolamento radicale. A questi gruppi di popolazione va aggiunto il cluster composto da coloro che hanno perso persone care senza poterle accompagnare negli ultimi istanti e senza poter celebrare i riti funebri, che consentono l'avvio dell'elaborazione del lutto. Le modalità del morire così come si realizzano attualmente, sono ad alta valenza traumatica. Come pure occorre pensare alla popolazione dei sopravvissuti grazie alla terapia intensiva.

Il supporto psicosociale va attivato precocemente, sin d'ora, per questo l'ITCI ha attivato un servizio di aiuto psicosociale attraverso videochiamata per due gruppi particolarmente esposti al rischio traumatico: i cappellani ospedalieri impegnati nell'assistenza di pazienti COVID-19 ospedalizzati e i pazienti COVID-19 positivi in quarantene afferenti a due ASL romane.



Bibliografia scientifica

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. *Psychiatric Services*, 55: 1055–57.

Baumeister, R.F., Leary, M.R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3): 497-529.

Bierhaus, A., Wolf, J., Andrassy, M., Rohleder, N., Humpert, P.M., Petrov, D., Ferstl, R., von Eynatten, M., Wendt, T., Rudofsky, G., Joswig, M., Morcos, M., Schwaninger, M., McEwen, B., Kirschbaum, C., Nawroth, P.P. (2003). A mechanism converting psychosocial stress into mononuclear cell activation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 100(4): 1920-25.

Bowden Davies, K.A., Sprung, V.S., Norman, J.A., Thompson, A., Mitchell, K.L., Halford, J.C.G., Harrold, J.A., Wilding, J.P.H., Kemp, G.J., Cuthbertson, D.J. (2018). Short-term decreased physical activity with increased sedentary behaviour causes metabolic derangements and altered body composition: effects in individuals with and without a first-degree relative with type 2 diabetes. *Diabetologia*, 61: 1282-94.

Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., Rubin, G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395: 912-20.

Cacioppo, J.T., Ernst, J.M., Burleson, M.H., McClintock, M.K., Malarkey, W.B., Hawkley, L.C., Kowalewski, R.B., Paulsen, A., Hobson, J.A., Hugdahl, K., Spiegel, D., Berntson, G.G. (2000). Lonely traits and concomitant physiological processes: the MacArthur social neuroscience studies. *International Journal of Psychophysiology*, 35(2-3): 143-54.

Cacioppo, J.T., Hawkley, L.C., Berntson, G.G., Ernst, J.M., Gibbs, A.C., Stickgold, R., Hobson, J.A. (2002). Do lonely days invade the nights? Potential social modulation of sleep efficiency. *Psychological Science*, 13(4): 384-387.

Chan, A.O.M., Huak, C.Y. (2004). Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore. *Occupational Medicine*, 54: 190-96.

Charles, B., Jeyaseelan, L., Pandian, A.K., Sam, A.E., Thenmozhi, M., Jayaseelan, V. (2012). Association between stigma, depression and quality of life of people living with HIV/AIDS (PLHA) in South India. A community based cross sectional study. *BMC Public Health*, 12: 463.

Chen, W-K., Cheng, Y-C., Chung, Y-T., Lin, C-C (2005). The impact of the SARS outbreak on an urban emergency department in Taiwan. *Medical Care*, 43: 168-72.



- Chouker, A. (a cura di) (2020). *Stress Challenges and Immunity in Space From Mechanisms to Monitoring and Preventive Strategies. Second Edition*. Cham, Switzerland: Springer.
- Cole, S.W., Hawkey, L.C., Arevalo, J.M., Sung, C.Y., Rose, R.M., Cacioppo, J.T. (2007). Social regulation of gene expression in human leukocytes. *Genome Biology*, 8(9): R189.
- Deshmane, S.L., Kremlev, S., Amini, S., Sawaya, B.E. (2009). Monocyte chemoattractant protein-1 (MCP-1): An overview. *Journal of Interferon & Cytokine Research*, 29(6): 313-26.
- Dixon, D., Cruess, S., Kilbourn, K., Klimas, N., Fletcher, M.A., Ironson, G. (2006). Social support mediates loneliness and human herpesvirus type 6 (HHV-6) antibody titers. *Journal of applied social psychology*. 31(6): 1111-32.
- Ershler, W.B., Keller, E.T. (2000). Age-associated increased Interleukin-6 gene expression, late-life diseases, and frailty. *Annual Review of Medicine*, 51(1): 245-70.
- Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J.K. (2005). Stress-induced immune dysfunction: Implications for health. *Nature Reviews Immunology*, 5(3): 243-251.
- Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J.K., Speicher, C.E., Holliday, J.E. (1985). Stress, loneliness, and changes in herpesvirus latency. *Journal of Behavioral Medicine*, 8(3): 249-60.
- Hackett, R.A., Hamer, M., Endrighi, R., Brydon, L., Steptoe, A. (2012). Loneliness and stress-related inflammatory and neuroendocrine responses in older men and women. *Psychoneuroendocrinology*, 37(11): 1801-09.
- Hansson, G.K. (2005). Inflammation, atherosclerosis, and coronary artery disease. *New England Journal of Medicine*, 352(16): 1685-95.
- Hawkey, L.C. Bosch, J.A., Engeland, C.G., Marucha, P.T., Cacioppo, J.T. (2007). Loneliness, dysphoria, stress, and immunity: A role for cytokines (pp. 67-85). In Plotnikoff, N.P. (a cura di), *Cytokines: Stress And Immunity*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Hawkey, L.C., Bureson, M.H., Berntson, G.G., Cacioppo, J.T. (2003). Loneliness in everyday life: Cardiovascular activity, psychosocial context, and health behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(1): 105-120.
- Hawryluck, L., Gold, W.L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases journal*, 10: 1206-12.
- Hernandez, S.H.A., Morgan, B.J., Parshall, M.B. (2016). Resilience, stress, stigma, and barriers to mental healthcare in U.S. Air Force nursing personnel. *Nursing Research*, 65(6): 481-86.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., Layton, J.B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7): e1000316.



Jaremka, L.M., Fagundes, C.P., Peng, J., Bennett, J.M., Glaser, R., Malarkey, W.B., Kiecolt-Glaser, J.K. (2013). Loneliness promotes inflammation during acute stress. *Psychological Science*, 24(7): 1089-97.

Jeong, H, Yim, H.W., Song, Y-J., et al. Mental health status of people isolated due to Middle East respiratory syndrome. *Epidemiology and health*, 38: e2016048.

Khalid, I., Khalid, T.J., Qabajap, M.R., Barnard, A.G., Qushmaq, I.A. (2016). Healthcare workers emotions, perceived stressors and coping strategies during a MERS-CoV outbreak. *Clinical Medicine & Research*, 14: 7–14.

Khee, K.S., Lee, L.B., Chai, O.T., Loong, C.K., Ming, C.W., Kheng, T.H. (2004). The psychological impact of SARS on health care providers. *Critical Care and Shock*, 7: 99-106.

Kiecolt-Glaser, J.K., Garner, W., Speicher, C., Penn, G.M., Holliday, J., Glaser, R. (1984). Psychosocial modifiers of immunocompetence in medical students. *Psychosomatic Medicine*, 46(1): 7-14.

Kiecolt-Glaser, J.K., Ricker, D., George, J., Messick, G., Speicher, C., Garner, W., Glaser, R. (1984). Urinary cortisol levels, cellular immunocompetency, and loneliness in psychiatric inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 46(1): 15-23.

Koh, D., Lim, M.K., Chia, S.E., Ko, S.M., Quin, F., Ng, V., Tan, B.H., Wong, K.S., Chew, W.M., Tang, H.K., Ng, W., Muttakin, Z., Emmanuel, S., Fong, N.P., Koh, G., Kwa, C.T., Tan, K.B., Fones, C. (2005). Risk perception and impact of severe acute respiratory syndrome (SARS) on work and personal lives of healthcare workers in Singapore: What can we learn? *Medical Care*, 43, 676-82.

Kohm, A.P., Sanders, V.M. (2000). Norepinephrine: a messenger from the brain to the immune system. *Immunology Today*, 21(11): 539-42.

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. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3): e203976.

Mihashi, M., Otsubo, Y., Yinjuan, X., Nagatomi, K., Hoshiko, M., Ishitake, T. (2009). Predictive factors of psychological disorder development during recovery following SARS outbreak. *Health Psychology*, 28: 91-100.

Parkinson, D., Zara, C. (2013). The hidden disaster: domestic violence in the aftermath of natural disaster. *Australian Journal of Emergency Management*, 28(2): 28-33.

Pressman, S.D., Cohen, S., Miller, G.E., Barkin, A., Rabin, B.S., Treanor, J.J. (2005). Loneliness, social network size, and immune response to influenza vaccination in college freshmen. *Health Psychology*, 24(3): 297-306.



Reynolds, D.L., Garay, J.R., Deamond, S.L., Moran, M.K., Gold, W., Styra, R. (2008). Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiology & Infection*, 136: 997-1007.

Strine, T.W., Chapman, D.P. (2005). Associations of frequent sleep insufficiency with health-related quality of life and health behaviors. *Sleep Medicine*, 6(1): 23-27.

Thurston, R.C., Kubzansky, L.D. (2009). Women, loneliness, and incident coronary heart disease. *Psychosomatic medicine*, 71(8): 836-42.

Tracey, K.J. (2009). Reflex control of immunity. *Nature Reviews Immunology*, 9(6): 418-28.

Verma, S., Mythily, S., Chan, Y.H., Deslypere, J.P., Teo, E.K., Chong, S.A. (2004). Post-SARS psychological morbidity and stigma among general practitioners and traditional Chinese medicine practitioners in Singapore. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 33: 743-48.

Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., Liu, X., Fuller, C.J., Susser, E., Lu, J., Hoven, C.W. (2009). The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54: 302-11.

Bibliografia online

Boddy, J., Young, A., O'Leary, P. (2020). 'Cabin fever': Australia must prepare for the social and psychological impacts of a coronavirus lockdown. *The Conversation*. 13 marzo 2020. Online: <https://theconversation.com/cabin-fever-australia-must-prepare-for-the-social-and-psychological-impacts-of-a-coronavirus-lockdown-133353>. Consultato il 30/03/2020.

Dave, S. (2020). Covid-19: Companies rope in psychiatrists, experts for emotional counselling of work from home employee. *The Economic Times*. 26 marzo 2020. Online: <https://economictimes.indiatimes.com/news/company/corporate-trends/covid-19-companies-rope-in-psychiatrists-experts-for-emotional-counselling-of-work-from-home-employees/articleshow/74819122.cms>. Consultato il 30/03/2020.

Grey Ellis, E. (2020). What Coronavirus Isolation Could Do to Your Mind (and Body). *Wired*, 25 marzo 2020. Online: <https://www.wired.com/story/coronavirus-covid-19-isolation-psychology/>. Consultato il 30/03/2020.

Jung, W. S., & Cho, H. K. (2015). Punishment when refused to attend school of child with medical staff parents caring MERS-CoV infection patients. *The Kyunghyang Shinmun*. 2 giugno 2015. Online: http://news.khan.co.kr/kh_news/khan_art_view.html?artid=201506212253315&code=940100. Consultato il 30/03/2020.





Iteci®

Istituto di Terapia Cognitivo Interpersonale

Presidente: **Tonino Cantelmi**

Coordinamento Scientifico: **Emiliano Lambiase, Michela Pensavalli**

Presidenza: **Via Livorno n° 36 00162 Roma**

Tel/fax: **+39 0644247115 - info@iteci.it - www.iteci.it**

