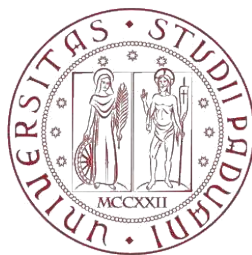


UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica



**L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA DI SALUTE
MENTALE AI TEMPI DELLA PANDEMIA DA SARS-
CoV-2: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Relatore: Prof. Camuccio Carlo Alberto

Laureando: Bordignon Marco

Matricola n. 1228428

Anno Accademico 2021/2022

ABSTRACT

PROBLEMA: La pandemia da SARS-CoV-2 ha imposto lockdown e distanziamento sociale che ha impattato su molti, se non tutti, gli ambiti della nostra società ed in primis su quello sanitario. Nel tentativo di limitare la diffusione del contagio è stata ridotta l'offerta terapeutica di molti servizi dedicati alla salute mentale. I vari servizi per la salute mentale hanno cercato per quanto possibile nuovi modi per poter offrire ugualmente un certo grado di assistenza. Da una prima disamina della letteratura non emergono, in questo mutato contesto, cambiamenti riguardanti l'assistenza infermieristica di salute mentale, che si esplica in buona parte all'interno di una relazione interpersonale con il paziente.

OBIETTIVO: Questo studio si propone di indagare come la pandemia da SARS-CoV-2 ha modificato l'assistenza infermieristica di salute mentale. Secondariamente va a valutare se tali modificazioni hanno prodotto dei cambiamenti dei comportamenti e della psicopatologia.

MATERIALI E METODI: È stata redatta una revisione della letteratura mediante la consultazione dei database scientifici Pubmed e Cinahl, inserendo un limite temporale di 2 anni. Sono stati inclusi gli articoli che soddisfacevano i seguenti criteri:

1. Studi relativi a pazienti con disturbi psichiatrici
2. Studi relativi a pazienti adulti
3. Studi relativi a pazienti che afferiscono a servizi di salute mentale.

RISULTATI: Sono stati selezionati 27 articoli che rispondevano ai criteri di inclusione ed esclusione: 3 revisioni della letteratura, 1 revisione sistematica, 5 studi trasversali, 4 studi a metodi misti, 4 studi osservazionali, 1 studio prospettico, 5 studi retrospettivi, 1 analisi di serie temporali interrotte, 2 studi di tipologia non dichiarata, 1 studio caso-controllo.

CONCLUSIONI: Gli studi selezionati hanno evidenziato che in generale, durante la pandemia, c'è stato un aggravamento della salute mentale dei pazienti psichiatrici.

Il personale infermieristico si è cimentato in nuovi aspetti dell'assistenza, come l'educazione del paziente al rispetto delle norme igieniche e delle misure barriera, oltre che a dover dare assistenza al paziente psichiatrico positivo a SARS-CoV-2 all'interno delle stanze di isolamento.

Per mantenere la relazione di cura con il paziente, nonostante il lockdown, è stato introdotto positivamente l'utilizzo della tele-psichiatria, che è stata riconosciuta come una modalità valida per mantenere la continuità assistenziale.

Si riscontra che il *tele-nursing* è stato attivato in alcuni paesi. Tale metodologia può costituire una nuova forma di pratica infermieristica complementare o sostitutiva, in tempo di pandemia, di alcune attività effettuate in presenza (ascolto terapeutico, educazione sanitaria).

Parole chiave: assistenza infermieristica di salute mentale, pandemia da COVID-19, pratica infermieristica

Key-words: mental health nursing, COVID-19 pandemic, nursing practice.

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 3
CAPITOLO 1 - QUADRO TEORICO	pag. 5
1.1 L'infermiere di salute mentale in Italia	pag. 5
1.2 La figura dell'infermiere di salute mentale e le sue competenze	pag.7
CAPITOLO 2 - PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA	pag. 13
2.1 La pandemia da COVID-19	pag.13
2.2 L'assistenza psichiatrica nel contesto della pandemia da SARS-CoV-2: descrizione generale	pag.14
2.3 Sfide nei diversi contesti di salute mentale: ospedaliero, ambulatoriale, domiciliare, comunitario	pag.16
2.4 Considerazione in merito al problema	pag.22
CAPITOLO 3 - MATERIALI E METODI	pag. 23
3.1 Obiettivo	pag. 23
3.2 Disegno di studio	pag. 23
3.3 Quesiti di ricerca	pag. 23
3.4 Banche dati consultate	pag. 23
3.5 Parole chiave e strategia di ricerca	pag. 23
3.6 Stringhe di ricerca	pag. 25
3.7 Limiti inseriti	pag. 26
3.8 Criteri di selezione degli studi	pag. 26
CAPITOLO 4 - RISULTATI	pag. 27
CAPITOLO 5 - DISCUSSIONE	pag. 29
5.1 L'impatto della pandemia da COVID-19	pag. 29
5.2 L'utilizzo della telemedicina	pag. 32
CAPITOLO 6 – CONCLUSIONI	pag. 35
BIBLIOGRAFIA	
SITOGRAFIA	
ALLEGATI	

INTRODUZIONE

Durante i corsi di Psichiatria ed Infermieristica in area di salute mentale, ho maturato l'idea di voler focalizzare la mia tesi su quest'ambito. Ho scelto di declinare quest'interesse su un fenomeno attuale: la pandemia da SARS-CoV-2.

Le volte in cui ho sentito parlare di COVID-19 in termini di salute mentale riguardava il personale sanitario in prima linea, la popolazione generale e gli adolescenti. Il fatto che lo scoppio della pandemia e la sua evoluzione avesse avuto una ripercussione su questa popolazione con ricadute sociali, lavorative e finanziarie, mi ha fatto crescere dell'interesse in merito all'impatto che avesse avuto sui pazienti psichiatrici, individui già di per sé vulnerabili a causa delle loro patologie.

Da qui nasce l'idea di questa tesi, che è stata rielaborata e adattata al mio corso di studi: conoscere come l'avvento della pandemia da SARS-CoV-2 avesse condizionato l'assistenza infermieristica di salute mentale.

È un argomento che ho dovuto affrontare tenendo conto di diversi aspetti quali i cambiamenti avvenuti a livello organizzativo e strutturale dei servizi di salute mentale, le modalità diverse di assistenza e i cambiamenti comportamentali dei pazienti.

I cambiamenti che riguardano l'aspetto relazionale con il paziente sono stati difficili da indagare e da rilevare, nonostante sia una componente fondamentale.

Ciò che posso dire è che l'infermiere psichiatrico ha dovuto confrontarsi con pazienti che hanno risentito dei cambiamenti dovuti alla pandemia e alla paura del contagio, come anche con pazienti difficili da gestire a causa della loro insofferenza verso le necessarie misure precauzionali.

Da questa revisione della letteratura si ricavano dei risultati che a mio parere necessitano di un ulteriore approfondimento con studi che si concentrino in maniera specifica sulla pratica clinica dell'infermiere di salute mentale.

CAPITOLO 1 - QUADRO TEORICO

1.1 L'infermiere di salute mentale in Italia

Alla fine del XVIII secolo l'infermiere di salute mentale era identificato come il “guardiano dei folli”.

In Italia i requisiti per diventare infermiere psichiatrico vengono stabiliti per la prima volta con il Regio Decreto n.615 del 1909 (attuativo della Legge 36 del 1904 “*Disposizioni sui manicomi e sugli alienati*”), nel quale all’articolo 23 viene chiarito il profilo dell’infermiere: una persona dotata di sana costituzione fisica, con buona condotta morale e civile, che sappia leggere e scrivere e che abbia raggiunto la maggiore età.

Ciò che veniva richiesto erano doti fisiche e non competenze specifiche o professionalità, dal momento che il ruolo dell’infermiere all’interno dei manicomi era di custodia, sorveglianza ed assistenza ai pazienti in modo che non potessero nuocere a sé ed agli altri. Gli infermieri non potevano ricorrere a mezzi coercitivi, se non in alcuni casi, col permesso scritto del medico.

All’infermiere progressivamente vengono richieste maggiori capacità tecniche e relazionali, che portano ad una maggiore collaborazione con il personale medico ad esempio nelle somministrazioni delle terapie (*Competenze-infermiere-salute-mentale.pdf*, s.d.).

Nel 1968 è stata emanata la Legge n.431 “*Provvidenze per l’assistenza psichiatrica*” che cambiò la denominazione dei manicomi in ospedali psichiatrici e apportò delle modifiche strutturali come la limitazione a non più di cinque divisioni, ciascuna con non più di 125 posti. Veniva introdotta per la prima volta la figura dello psicologo e la presenza di un infermiere ogni tre posti letto. Sempre questa legge prevedeva l’istituzione dei Centri di igiene mentale in cui avrebbero lavorato psichiatri, psicologi, assistenti sociali, infermieri e personale ausiliario.

Il 13 maggio 1978 viene approvata la legge 180 “*Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*”, che successivamente sarà recepita con gli articoli 33, 34, 35 e 64 dalla legge 833 nello stesso anno. La Legge 180, conosciuta come legge Basaglia,

fu la prima legge al mondo che diede dignità e diritti alle persone all'interno degli ospedali psichiatrici. I punti di svolta contenuti nella Legge sono:

- Volontarietà del trattamento: l'obbligatorietà persiste solo in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), attuabile in caso di alterazioni psichiche che richiedono un intervento urgente, che a sua volta deve essere rifiutato dal soggetto. L'ultima condizione per effettuare il TSO l'assenza di condizioni e circostanze che consentono di adottare tempestive misure sanitarie extraospedaliere.
- Disposizione di chiusura degli ospedali psichiatrici: si vieta di costruire altri ospedali psichiatrici, di utilizzare quelli esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche. La legge 180 prevede che con la legge regionale, nell'ambito delle Asl, venga garantito l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale. È previsto l'aggiornamento e la riqualificazione del personale infermieristico da parte della regione (Caballero & Alderighi, s.d.).

Ad oggi, in Italia, l'infermiere psichiatrico viene descritto dal D.M. 739/94 *“Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere”*, in cui le conoscenze specifiche relative alla Salute mentale-Psichiatria vengono date all'interno di una formazione post-base (dopo il conseguimento del diploma universitario abilitante e l'iscrizione all'albo professionale) (DM-739-94.pdf, s.d.).

L'infermiere di salute mentale può operare in regime di lavoro dipendente o di libera professione in diversi contesti operativi. Gli ambiti operativi sono:

- I servizi psichiatrici;
- I servizi ospedalieri deputati alla diagnosi e cura delle malattie psichiatriche;
- I servizi territoriali: Centro di Salute mentale, Ambulatori infermieristici, Centri di sostegno; per gruppo di auto-aiuto, Studi medici associati, Case-famiglia per disabili;
- I servizi di neuropsichiatria infantile;
- Le comunità;
- I centri diurni;
- I servizi residenziali e semi-residenziali psichiatrici;

- I centri per le dipendenze;
- I centri immigrati;
- Gli ospedali psichiatrici giudiziari;
- La famiglia (*master8.pdf*, s.d.).

1.2 La figura dell'infermiere di salute mentale e le sue competenze

L'infermiere di salute mentale si occupa di attuare la "presa in carico" della persona con disagio psichico, intesa come un'assunzione di responsabilità verso il paziente che si realizza mettendo in atto una serie di azioni tese alla gestione complessiva dei suoi bisogni. Nel suo lavoro effettua un'assistenza personalizzata condivisa con un'équipe (psichiatria, psicologi, assistenti sociali, terapisti occupazionali, educatori professionali e altri) e crea le condizioni per la compliance al trattamento, non solo farmacologica. La sua assistenza ha come finalità l'*empowerment*, il *recovery* e il supporto alla famiglia.

Si occupa inoltre di:

- promuovere la riabilitazione e il reinserimento sociale di individui o gruppi di persone con disagio psichico;
- favorire la consapevolezza di malattia del soggetto con disturbo psichico e potenziarne l'adesione al trattamento complessivo;
- fornire consulenza specialistica e sostegno a persone;
- contribuire con il resto dell'équipe a una costante riflessione sull'attività clinica erogata e sulla sua efficacia (*Competenze-infermiere-salute-mentale.pdf*, s.d.).

Le sue competenze e attività possono variare a seconda del setting in cui opera.

Nel caso in cui operi in un'Unità Psichiatrica per acuti porrà maggior attenzione alla riduzione dell'aggressività manifestata dai pazienti, alla promozione della sicurezza e la prevenzione del suicidio, attuabile attraverso la valutazione preventiva con l'osservazione, la gestione dei farmaci, oltre a promuovere l'uso delle capacità di regolazione emotiva con gli utenti del servizio.

L'infermiere di salute mentale nella sua attività si occupa anche di fornire psico-educazione, in particolare per quanto concerne la gestione dei sintomi sia con i pazienti che con le persone che fanno parte della loro rete sociale e di supporto. Alcuni studi affermano che nella loro assistenza possono adottare anche interventi psicologici afferenti all'area della terapia cognitivo comportamentale.

Parlando di ruoli non tecnici, gli infermieri di salute mentale instaurano una connessione con il paziente che è terapeutica e finalizzata al benessere e al miglioramento del disagio emotivo con gli utenti del servizio. È stata anche valutata come essenziale la presenza di un certo grado di intelligenza emotiva per costruire delle relazioni di fiducia (Hurley et al., 2022).

L'infermiere di salute mentale deve possedere delle attitudini personali e delle abilità relazionali, tra cui empatia, tolleranza dell'ambiguità e delle differenze individuali. Deve inoltre saper riconoscere e rispettare i punti di forza, le qualità e gli obiettivi di ogni paziente.

Le competenze medico-sanitarie che lo riguardano sono: il riconoscimento e monitoraggio degli effetti terapeutici dei farmaci e dei loro effetti collaterali, la promozione dell'adesione a lungo termine ai regimi terapeutici e l'attuazione delle principali procedure che riguardano la professione infermieristica (Lieberman et al., 2001).

Una revisione narrativa riporta che, i pazienti descrivono l'infermiere di salute mentale ideale come una persona rispettosa, empatica, amichevole e disponibile, giudicando questi fattori necessari per instaurare una relazione basata sulla fiducia e raggiungere gli obiettivi terapeutici. In altre parole, l'infermiere per instaurare una relazione terapeutica con il paziente dovrebbe dedicargli la giusta quantità di tempo con le modalità sopra citate. I pazienti spesso percepiscono gli infermieri come distanti e inavvicinabili e ritengono che dovrebbero dimostrare più accessibilità.

Si è appurato che una difficoltà che vivono gli infermieri nel relazionarsi con il paziente sta nella paura di aggressioni fisiche, nella preoccupazione di ferire o fare del male ai pazienti in qualche modo e nella percezione del luogo di lavoro come ambiente imprevedibile (Moreno-Poyato et al., 2016).

Nel documento denominato “*Le competenze specialistiche dell'infermiere di salute mentale*”, redatto da un gruppo di lavoro di Bologna e pubblicato dall'Ordine delle

Professioni Infermieristiche (OPI), sono identificate le competenze dell'infermiere di salute mentale che di seguito si riportano nelle Tabella I, II e III.

Tabella I. Competenze relative all'area professionale. Adattata da (Competenze-infermiere-salute-mentale.pdf, s.d.).

AREA	COMPETENZA	ATTIVITÀ
PROFESSIONALE	Gestione dell'acuzie Insorgenza improvvisa di una sintomatologia psichica ritenuta tale da richiedere un intervento terapeutico immediato.	L'infermiere: - attua gli interventi con l'équipe di lavoro affinché l'acuzie perda la sua potenziale drammaticità
	Gestione della crisi Si intende una rottura dell'equilibrio, sia a livello individuale, sia in relazione al contesto, preceduta da segnali e sintomi e dalla sofferenza.	L'infermiere: - identifica assieme all'équipe, i segni prodromici di crisi, rischi prevedibili e gestibili; - rinforza, durante il periodo di crisi del paziente, i comportamenti positivi, rendendolo partecipe delle azioni da intraprendere, avendo presente il percorso di <i>recovery</i> del paziente.
	Gestione dell'emergenza Nell'emergenza sono in primo piano gli aspetti psicosociali (famiglia, vicini, istituzioni ecc.) della crisi, rispetto a quelli psicopatologici. L'emergenza comporta la rottura di un equilibrio con l'ambiente e lo scompenso delle relazioni psicosociali, che presuppone la risposta dell'organizzazione sociale per evitare la crisi.	L'infermiere: - gestisce una scena caotica, contenendo il livello di ansia; - controlla l'emotività propria e altrui; - attua azioni volte alla <i>de-escalation</i>: mantiene una prossemica ed una postura volte al raggiungimento dello scopo, non giudica la persona ma solo i suoi comportamenti, chiede aiuto nel momento del bisogno.
	Gestione dell'urgenza Condizione di grave e acuta sofferenza psichica che comporti la necessità di una valutazione clinica per impostare un adeguato percorso diagnostico-terapeutico.	L'infermiere: - definisce il grado di urgenza senza prendere decisioni affrettate del bisogno-urgenza di far tornare tutto alla normalità; - ricerca spazi per instaurare un rapporto di conoscenza e fiducia; - accoglie la persona in sofferenza e i suoi familiari, prendendo decisioni, adottando interventi

		terapeutici tempestivi al fine di limitare i rischi che la situazione comporta alla persona stessa e alla rete che lo circonda.
	Gestione di gruppi di pazienti L'attività con gruppi di pazienti è di tipo tecnico-operativo dove l'aspetto relazionale rimane fondante.	L'infermiere: - conduce e/o partecipa alle attività di gruppo rivolte ai pazienti adattandosi al contesto e agli obiettivi individuati ed esplicitati.

Tabella II. Competenze relative all'area organizzativa/manageriale. Adattata da (Competenze-infermiere-salute-mentale.pdf, s.d.).

AREA	COMPETENZA	ATTIVITÀ
ORGANIZZATIVA/MANAGERIALE	Costruzione del setting Con setting si intende il luogo e il tempo in cui si crea la relazione di aiuto (ambiente sanitario, ambiente esterno, domicilio), dev'essere un ambiente protetto. Con il termine setting spaziale si intende il luogo dell'intervento, che dovrà essere sicuro (assenza di oggetti utilizzabili impropriamente del paziente, come contundenti).	L'infermiere: - costruisce un setting spaziale, adattato alle condizioni emotive e psicopatologiche del paziente, rispetta la privacy del paziente.
	Lavoro in equipe	L'infermiere nel lavoro in equipe: <u>sul piano personale</u> - nel momento della necessità chiede aiuto agli altri membri; - esplicita i propri sentimenti e le proprie fragilità; <u>sul piano professionale</u> - opera in collaborazione e interazione con i diversi professionisti che intervengono per la definizione del percorso terapeutico dell'assistito; - comunica in modo esplicito la propria aspettativa rispetto al risultato da ottenere; - effettua in collaborazione con i membri dell'équipe la valutazione dei risultati di tipo riabilitativo-assistenziale, sociale, relazionale,

		clinico e funzionale delle attività svolte.
--	--	---

Tabella III. Competenze relative all'area professionale. Adattata da (Competenze-infermiere-salute-mentale.pdf, s.d.).

AREA	COMPETENZA	ATTIVITÀ
PROFESSIONALE	Ascolto Si intende il comprendere e valutare i messaggi inviati dall'interlocutore e i suoi significati.	L'infermiere: - Utilizza l'ascolto empatico; - crea i presupposti per un clima di accettazione, apertura e accoglienza; - utilizza le tecniche comunicative verbali e non verbali in relazione all'interlocutore; - instaura una relazione terapeutica.
	Empatia Si intende la condivisione e l'interpretazione delle sensazioni, anche vaghe, per far emergere la realtà che il paziente conosce solo parzialmente.	L'infermiere: - cerca di interpretare i contenuti espressi del paziente; - partecipa e condivide le sensazioni del paziente per aiutarlo a vedere più chiaramente le proprie preoccupazione e difficoltà.

CAPITOLO 2 – PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA

2.1 La pandemia da COVID-19

SARS-CoV-2 è il nome dato al nuovo coronavirus del 2019. COVID-19 è il nome dato alla malattia associata al virus. Per fare fronte alla diffusione di questo ceppo e alle sue nuove varianti è stato raccomandato di aderire rigorosamente alle misure di controllo sanitarie e socio-comportamentali (lockdown, utilizzo di mascherine FFP2/chirurgiche, distanziamento fisico e l'igiene delle mani). Al fine di limitare la diffusione di nuove varianti, l'Italia ha disposto specifiche azioni di sanità pubblica:

- rafforzare la sorveglianza di laboratorio nei confronti delle nuove varianti SARS-CoV-2;
- fornire indicazioni per implementare le attività di ricerca e gestione dei contatti dei casi COVID-19 sospetti/confermati per infezione da variante;
- limitare gli ingressi in Italia dei viaggiatori provenienti dai paesi più colpiti dalle varianti;
- disporre misure di contenimento (aree rosse) nelle aree più colpite del Paese anche a livello comunale.

I sintomi da COVID-19 variano, in base alla gravità della malattia, dall'assenza di sintomi, a presentare febbre, tosse, mal di gola, debolezza, affaticamento e dolore muscolare. I casi più gravi possono presentare polmonite, sindrome da distress respiratorio acuto e altre complicanze, tutte potenzialmente mortali. Ci possono essere, inoltre, perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia).

Altri sintomi meno specifici possono includere cefalea, brividi, mialgia, astenia, vomito e/o diarrea.

Le persone anziane di età superiore a 60 anni e quelle con patologie preesistenti come ipertensione arteriosa, patologie cardiache, diabete, malattie respiratorie croniche, cancro e i pazienti immunocompromessi (per patologia congenita o acquisita, trapiantati o in trattamento con farmaci immunosoppressori) hanno maggiori probabilità di sviluppare forme gravi di malattia (Salute, s.d.).

L'11 marzo 2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, dopo aver valutato i livelli di gravità e diffusione globale dell'infezione da SARS-CoV-2, ha annunciato che l'epidemia da COVID-19 può essere considerata una pandemia. Il 30 gennaio 2020 il Direttore generale dell'OMS ha dichiarato il focolaio internazionale da SARS-CoV-2 un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale (EpiCentro, s.d.-b).

Attualmente, secondo gli ultimi dati aggiornati al 4 novembre 2022 l'Organizzazione Mondiale della sanità riporta 6.576.088 morti per COVID-19 e 628.694.934 casi confermati a livello mondiale (*WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*, s.d.).

2.2 L'assistenza psichiatrica nel contesto della pandemia da SARS-CoV-2: descrizione generale

L'evoluzione della pandemia da SARS-CoV-2 è stata imprevedibile ed è stata esacerbata dall'eterogeneità dei sistemi sanitari in tutto il mondo, che hanno reso difficoltoso l'ottenimento di dati accurati relativi all'infezione e all'immunità.

Data la gravità della malattia, allo scoppio della pandemia, il lockdown è stata la strategia di contenimento adottata da molti paesi.

L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), sostiene la necessità che, nella risposta alla pandemia, venga tenuta in considerazione anche la salute mentale di tutta la popolazione (Moreno et al., 2020).

La recessione economica dovuta alla pandemia COVID-19 ha portato a disoccupazione, insicurezza finanziaria e povertà, ostacolando l'accesso ai servizi sanitari, con effetti nocivi sulla salute fisica, mentale e sulla qualità di vita. Inoltre, questi fattori economici possono indurre problemi di salute mentale in persone precedentemente sane e influenzare negativamente quelle con disturbi mentali preesistenti.

Il direttore generale delle Nazioni Unite ha previsto questa situazione in un documento del 13 maggio 2020 affermando: *"La salute mentale e il benessere di intere società sono stati gravemente colpiti da questa crisi e sono una priorità da affrontare con urgenza"*.

Sono state raccomandate tre azioni critiche: applicare un approccio globale per promuovere, proteggere e curare la salute mentale; garantire un'ampia disponibilità di servizi per la salute mentale di emergenza e supporto psicosociale; sostenere la ripresa

da COVID-19 sviluppando servizi di salute mentale per il futuro. (Rahman et al., 2020).

La pandemia da COVID-19 ha richiesto ai servizi di salute mentale di tutto il mondo di adattarsi rapidamente alle restrizioni e normative messe in atto per ridurre il rischio di trasmissione.

Le associazioni psichiatriche nazionali europee hanno risposto alla prima ondata della pandemia di COVID-19 con delle raccomandazioni già nel marzo del 2020 ed erano piuttosto coerenti per quanto concerneva argomenti e raccomandazioni generali.

Un sondaggio condotto dall'Associazione Psichiatrica Europea (EPA) ha indagato l'organizzazione dell'assistenza sanitaria mentale durante la prima ondata di picco pandemico europeo COVID-19 (aprile 2020). Nel questionario somministrato a psichiatri e altri professionisti della salute mentale (psicologi, assistenti sociali e infermieri), membri dell'associazione, sono state posti quesiti sull'accesso alle cure, le modalità delle visite e il tipo di strutture previste per i pazienti psichiatrici positivi a COVID-19. È stata osservata una diminuzione del numero di visite, probabilmente riconducibili ad una diminuita ricerca di cure da parte dei pazienti, ma anche alla diminuzione delle prestazioni offerte dai servizi di salute mentale, in particolare quelli ambulatoriali e comunitari. Le consulenze effettuate virtualmente (online) hanno sostituito quelle "face to face" con percentuali che si aggirano dal 25% al 75%.

In alcuni Paesi, tra cui la Francia, le linee guida emanate dalle associazioni professionali, hanno supportato l'organizzazione di unità COVID-19 all'interno di reparti psichiatrici, i quali erano adeguatamente dotati dell'attrezzatura necessaria e del personale per la gestione del COVID-19 (Kuzman et al., 2021).

Un altro aspetto è costituito dal fatto che nella popolazione psichiatrica è presente un rischio di mortalità maggiore rispetto alla popolazione generale a causa di comorbidità internistiche quali patologie cardiovascolari, respiratorie, metaboliche. Nei pazienti psichiatrici sono infatti molto frequenti patologie respiratorie, la cui causa principale è rappresentata dagli alti tassi di tabagismo (*Anno XXXIII • n.1 • gennaio – giugno 2020*, s.d.).

In Italia, per quanto riguarda i servizi, dal Gruppo di Lavoro "Salute mentale ed emergenza COVID-19", istituito con il decreto del Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ad aprile 2020, è stato promosso un programma di intervento per gestire

l'impatto dell'epidemia da COVID-19 sulla salute mentale. Obiettivo del programma era garantire la presa in carico delle persone con disturbi psichiatrici o ad elevato rischio di disturbi d'ansia e depressione (EpiCentro, s.d.-a).

Nel contesto italiano la pandemia ha fatto emergere l'impreparazione del nostro sistema di salute mentale: si sono profilati dei problemi quali la gestione dei casi acuti di COVID-19 nelle unità di degenza e la carenza di dispositivi di protezione individuale per gli operatori di salute mentale (Carpiniello et al. 2020). Inoltre, sempre Carpiniello et al. (2020) evidenziano la preoccupazione dei professionisti per le persone affette da malattie mentali, poiché superare un evento critico quale la pandemia da COVID-19 richiede resilienza, una rete di supporto sociale e strategie di coping che potrebbero mancare a questa categoria di pazienti.

2.3 Sfide nei diversi contesti di salute mentale: ospedaliero, ambulatoriale, domiciliare, comunitario

Nelle strutture ospedaliere e in quelle residenziali, dove i pazienti convivono, era preoccupazione primaria la prevenzione della diffusione dell'infezione mentre si cercava di mantenere un ambiente terapeutico. I medici di diversi paesi hanno descritto la mancanza di dispositivi di protezione individuali (DPI), l'incapacità e il rifiuto di alcuni pazienti di aderire ai protocolli e la difficoltà di mantenere il distanziamento a causa della disposizione dei reparti e degli uffici. I rapporti hanno segnalato una criticità derivante dalla difficoltà di fornire un'assistenza di qualità dovendo tener sotto controllo la diffusione del virus. Diversi pazienti era confinati nelle loro stanze gran parte del tempo con contatti "face-to-face" limitati, e scarsa possibilità di partecipare ad attività di gruppo. Gli ospedali hanno creato delle unità specifiche COVID-19 per i pazienti psichiatrici con malattia confermata o sospetta e hanno utilizzato dei protocolli per valutare il trasferimento o meno in terapia intensiva, se necessario (Sheridan Rains et al., 2021).

Nelle settimane seguenti i primi casi di COVID-19 si sono verificati dei cambiamenti radicali nella gestione dei servizi di salute mentale di tutto il mondo e molti reparti psichiatrici per pazienti acuti sono stati riorganizzati per accogliere pazienti affetti da COVID-19. In diversi paesi europei ci sono state chiusure, parziali o totali, e una massiccia riduzione delle attività usuali dei servizi di salute mentale.

In diversi casi le visite domiciliari sono state drasticamente ridotte, con delle conseguenze potenzialmente dannose per i pazienti. I servizi di salute mentale comunitari (centri ambulatoriali o centri diurni) hanno mantenuto l'attività per i pazienti più gravi, dando particolare attenzione al monitoraggio clinico e alla somministrazione dei farmaci. Le strutture psichiatriche residenziali hanno mantenuto le attività, ad eccezione di quelle attività esterne che sono state sospese assieme ai permessi di uscita e delle visite dei familiari (Meloni et al., 2020)

Gran parte dei servizi di salute mentale hanno implementato misure di prevenzione e sorveglianza, tra cui lo screening dei pazienti, del personale, dei visitatori e la limitazione/eliminazione delle visite, come già precedentemente detto. Le riunioni di psicoterapia di gruppo e di sostegno tra pari sono state ridotte di dimensioni, annullate o spostate online.

Le unità psichiatriche ospedaliere hanno promosso il distanziamento fisico attraverso stanze di isolamento, diminuendo il numero totale di posti letto, ponendo maggiori vincoli per il ricovero e riducendo la sua durata. La dimissione rapida per ridurre il rischio di infezione acquisita in ospedale, in particolare nelle persone ricoverate obbligatoriamente, ha posto delle questioni etiche e pratiche (relativamente alla soglia di determinazione del rischio, ai periodi di degenza e alla disponibilità di servizi comunitari adeguati) (Moreno et al., 2020).

L'Italia, dopo un mese dalla data della rilevazione del primo caso positivo a SARS-CoV-2 (21 febbraio 2020), è diventata il secondo paese, dopo la Cina, per prevalenza del virus, con un numero di morti superiori alla Cina (in Italia, al 31 luglio 2020, sono stati registrati 247.158 casi e 35.132 decessi). Vista la necessità imminente di apportare dei cambiamenti gestionali nell'erogazione dei servizi di salute mentale, sono state emanate diverse direttive nazionali e regionali, successivamente aggiornate in base dell'evoluzione della pandemia e in accordo con le cosiddette "fasi" definite dal governo italiano.

Si è cercato di garantire continuità assistenziale ai pazienti senza mai perdere di vista le misure precauzionali necessarie al contenimento del contagio. I documenti emanati dalle regioni e dalle società scientifiche indicano alcune linee guida principali:

1. ridurre drasticamente la circolazione degli utenti e degli operatori sanitari;

2. ridurre drasticamente le prestazioni in presenza, fornendo ove possibile assistenza per via telematica;
3. garantire la disponibilità e il corretto uso di Dispositivi di Protezione Individuale (DPI);
4. dilazionare gli appuntamenti ed evitare affollamenti nelle sale d'attesa e nelle strutture;
5. il momento del colloquio tra medico-paziente deve essere utilizzato anche per sensibilizzare il paziente circa il rispetto delle misure precauzionali per il contenimento del contagio.

Nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e nelle strutture residenziali è stata posta particolare attenzione all'ingresso di nuovi utenti, alle norme di isolamento, all'utilizzo di spazi comuni (stanze di degenza, sala da pranzo, bagni), al monitoraggio clinico, alle modalità di svolgimento delle attività, alle uscite e ai permessi, alle visite dei parenti, all'informazione e formazione di operatori e pazienti al rispetto delle norme igieniche (Barlati et al., 2020).

Da uno studio condotto sui Dipartimenti di Salute Mentale della Lombardia, emerge che, nelle quattro settimane successive all'inizio dell'epidemia, si sono verificati notevoli cambiamenti nella loro gestione. Interi reparti di ospedale, tra cui qualche reparto psichiatrico, sono stati riorganizzati per accogliere pazienti con COVID-19. Medici e infermieri, tra cui alcuni appartenenti ai reparti psichiatrici, sono stati deviati verso reparti che gestivano pazienti con COVID-19. Le sfide più complicate che lo studio evidenzia sono quelle avvenute nelle strutture diurne e in quelle residenziali: le prime sono state temporaneamente chiuse, mentre le seconde hanno obbligato i pazienti al confinamento nelle strutture con un congedo quasi assente.

È inevitabile pensare alle ricadute in termini di stress che le persone hanno sperimentato.

Per quanto riguarda gli altri contesti, gli ambulatori hanno dovuto limitare gli appuntamenti a coloro che avevano un'urgenza, questo per via di norme nazionali e regionali. Le visite domiciliari hanno subito una riduzione (De Girolamo et al., 2020). Un articolo presente all'interno della rivista semestrale della Società Italiana di Psichiatria "*Psichiatria oggi*" riporta l'esperienza del territorio di Como rispetto alla riorganizzazione delle attività in ambito ospedaliero conseguente alla crescita dei

contagi. Al Nuovo Ospedale Sant'Anna (NOSA) di San Fermo della Battaglia (il principale presidio ospedaliero dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Lariana) la maggior parte dei reparti di degenza sono stati convertiti in unità dedicate al COVID, riducendo così l'assistenza non COVID-19 a poche corsie o, in alcuni casi, trasferendola in altri presidi ospedalieri aziendali. Tra questi reparti è compreso anche il Servizio di Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), dal momento che si è evidenziata una riduzione del bisogno complessivo di ricovero per criticità di origine psichiatrica e la possibilità di indirizzare la domanda di degenza presso gli SPDC di altri ospedali. All'inattivazione dell'SPDC dell'ospedale di maggior riferimento dell'area (NOSA) si è risposto con la presenza di uno psichiatra nelle ore diurne che garantisse eventuali consulenze e interventi diretti nei reparti COVID e nel Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA). Il personale sanitario che esercitava nell'SPDC di Como prima che chiudesse, è stato trasferito in altre sedi, tra cui infermieri ed OSS che hanno cominciato a lavorare in altri reparti di degenza. Il tema del ricovero dei pazienti in cui coesistono problematiche psichiatriche ed infezione da SARS-CoV-2 è stato risolto attraverso l'individuazione di spazi di degenza secondo criteri di appropriatezza clinico/assistenziale. Si potevano presentare quattro macro-situazioni:

1. in attesa di negativizzazione COVID-19, bassa intensità psichiatrica, destinato a degenza intermedia;
2. in attesa di negativizzazione COVID-19, alta intensità psichiatrica, destinato a SPDC/stanza singola;
3. alta intensità COVID-19, bassa intensità psichiatrica, destinato a reparti COVID-19;
4. alta intensità COVID-19, alta intensità psichiatrica, destinato a reparti COVID-19 (*Anno XXXIII • n.1 • gennaio – giugno 2020, s.d.*).

Caroppo et al. (2020) riportano l'esperienza vissuta in un centro di salute mentale comunitario, situato a Roma, durante il periodo del lockdown, dove la risposta al COVID-19 si è strutturata in tre fasi:

1. Implementazione di dispositivi di protezione individuale, distanziamento sociale e lavaggio delle mani. L'assistenza domiciliare e quella in loco sono state riservate ai casi urgenti e ai pazienti trattati con antipsicotici depot (scarsa compliance

alla terapia). Il resto dei pazienti è stato seguito telefonicamente. Sono state sospese le terapie di gruppo, i gruppi multifamiliari e le attività riabilitative;

2. Il Dipartimento ha attivato un servizio di risposta telefonica rivolto ai cittadini con problemi psicologici;
3. Allentamento delle restrizioni seguendo le disposizioni operative regionali. È stata resa disponibile nuovamente l'assistenza in loco ai pazienti con gravi disturbi psichiatrici. Il giorno prima della visita veniva effettuato un triage da remoto COVID-19, che veniva poi ripetuto in sede. La necessità del distanziamento sociale ha portato ad una ripresa limitata delle attività riabilitative (Caroppo et al., 2020).

La Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica ha emanato un documento *“Istruzioni Operative per le attività dei Dipartimenti di Salute Mentale in corso di emergenza Coronavirus”* in cui ha stilato delle indicazioni pratiche. Il documento ha lo scopo, da un lato, di declinare le direttive per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2 negli ambiti di assistenza distrettuale ed ospedaliera, dall'altro, di offrire un testo di riferimento da aggiornare con il contributo dei Dipartimenti di Salute Mentale e dei professionisti. Le indicazioni pratiche sono riportate in Tabella IV.

Tabella IV. Adattata da (istruzioni-operative-siep-30-03-2020.pdf, s.d.).

SETTING	INDICAZIONI
Centri di Salute Mentale e ambulatori	Le attività delle strutture territoriali vanno riprogrammate attraverso contatti telefonici, videochiamate ed altre modalità di telecomunicazione; sono assicurati gli interventi per i casi urgenti sia in sede che a domicilio. Le Aziende Sanitarie devono attivare all'interno delle strutture sistemi di videoconferenza. <u>COLLOQUIO TELEFONICO E TELEMATICO</u> • L'operatore verifica: • lo stato di salute fisica (eventuale presenza di sintomi quali tosse, febbre, mal di gola, affaticamento respiratorio, anosmia e ageusia) del paziente e dei suoi familiari • la situazione clinica del paziente con particolare riferimento alla condizione attuale di stress • l'aderenza al trattamento farmacologico, eventuali effetti collaterali del trattamento • l'abuso di alcool e di sostanze

	• la situazione delle relazioni intra ed extrafamiliari e delle abitudini di vita quotidiane, in particolare nel periodo attuale di permanenza obbligata in casa • il rispetto delle indicazioni generali volte alla limitazione dei contatti sociali e la reazione del paziente di fronte a tali norme • la gestione delle informazioni relative a COVID, evitando un eccessivo carico informativo <u>VISITE DOMICILIARI</u> Vanno limitate ai casi urgenti e indifferibili. Nel caso di febbre e/o sintomi COVID la visita va rimandata, mantenendo un contatto telefonico per seguire l'evoluzione clinica.
Centri diurni e Day Hospital	Le attività delle strutture semiresidenziali vanno ridotte cercando di limitarle ai pazienti in cui vi è necessità inderogabile di supporto diurno. La continuità terapeutica viene garantita attraverso contatti telefonici, videochiamate ed altre modalità di telecomunicazione. Sono sospese e riorganizzate tutte le attività di gruppo, le riunioni di equipe e tutte le attività che implicano la presenza contemporanea di più operatori. Per il Centro Diurno valgono le indicazioni relative al Centro di Salute Mentale, limitando l'attività semiresidenziale a utenti particolarmente fragili dal punto di vista della rete familiare e sociale o in condizioni di precario compenso clinico, fintanto che l'espansione dell'epidemia lo consenta in sufficiente sicurezza. Le indicazioni sopra descritte vanno condivise con gli operatori della struttura e comunicate a pazienti e familiari, oltre che esposte all'ingresso della struttura
Strutture Residenziali Psichiatriche	La presenza degli utenti all'interno delle strutture va ridotta in funzione della necessità di osservare il dovuto distanziamento fisico, attraverso dimissioni temporanee - in accordo con il paziente e la famiglia - e limitando la permanenza ai soli pazienti in precario compenso clinico e/o senza possibilità di adeguata accoglienza/supporto al domicilio da parte dei familiari. L'ingresso di nuovi pazienti va evitato o limitato ai casi non procrastinabili (ad esempio pazienti provenienti dal SPDC per un periodo di post-acuzie). Per i pazienti dimessi temporaneamente, la continuità terapeutica viene garantita, oltre che attraverso contatti telefonici, videochiamate ed altre modalità di telecomunicazione, anche da visite domiciliari da parte del personale del CSM e/o della Struttura Residenziale. Vengono sospese e riorganizzate tutte le attività di gruppo dei pazienti, le riunioni di equipe e tutte le attività che implicano la presenza contemporanea di più persone. Eccezionalmente vengono mantenute attività di gruppo ma solo se effettuate in piccoli gruppi ed in spazi ampi ed arieggiati, mantenendo il

	distanziamento tra le persone che devono indossare mascherine chirurgiche.
Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC)	I ricoveri ospedalieri in SPDC vanno limitati ai casi urgenti ed indifferibili. I pazienti con disturbi psichiatrici attivi e sintomi COVID+ vanno ricoverati in camere dedicate nei reparti di area COVID con la presenza di un'équipe psichiatrica che monitori quotidianamente il quadro psicopatologico.

2.4 Considerazione in merito al problema

Dalla letteratura esposta nei paragrafi precedenti si constata che le misure di contrasto al diffondersi della pandemia, nei suoi stadi iniziali, hanno portato alla drastica riduzione dell'offerta terapeutica da parte dei servizi di salute mentale, limitandola ai solo casi gravi sia nei contesti territoriali che ospedalieri. Si è verificata una diminuzione dei colloqui psicoterapici/psichiatrici, gruppi terapeutici di vario genere (psicoterapici, educativi, auto-aiuto), nonché l'assistenza residenziale e semiresidenziale. Dalla letteratura sopra esposta non risultano, in questo mutato contesto, cambiamenti riguardanti l'assistenza infermieristica di salute mentale la quale, si esplica in buona parte all'interno di una relazione interpersonale con il paziente.

CAPITOLO 3 - MATERIALI E METODI

3.1 Obiettivo

L'obiettivo di questo studio è quello di verificare come la pandemia da SARS-CoV-2 ha modificato l'assistenza infermieristica di salute mentale. Si andrà secondariamente a valutare se tali modificazioni hanno prodotto dei cambiamenti dei comportamenti e della psicopatologia.

3.2 Disegno di studio

È stata redatta una revisione della letteratura.

3.3 Quesiti di ricerca

1. Quali sono le modificazioni che hanno subito le pratiche di assistenza infermieristica normalmente attuate dagli infermieri di salute mentale con l'avvento della pandemia di SARS-CoV-2?
2. I cambiamenti avvenuti nell'assistenza infermieristica di salute mentale hanno generato delle modificazioni dei comportamenti e della psicopatologia?

3.4 Banche dati consultate

Per la ricerca del materiale sono state consultate le Banche dati elettroniche Pubmed e Cinahl.

3.5 Parole chiave e strategie di ricerca

È stato utilizzato il metodo PIO per la formulazione delle parole chiave a partire dai quesiti di ricerca e, successivamente, è stata costruita una tabella in cui sono state inserite le keywords correlate.

PIO

In Tabella V, è riportato il PIO relativo al primo quesito: “Quali sono le modificazioni che hanno subito le pratiche di assistenza infermieristica normalmente attuate dagli infermieri di salute mentale con l’avvento della pandemia da SARS-CoV-2?”.

Tabella V. PIO relativo al primo quesito.

PIO	PAROLE CHIAVE	KEYWORDS
P	Infermieri di salute mentale	Psychiatric nurses, mental health nurses, mental health services, psychiatric unit
I	Modificazioni delle pratiche di assistenza infermieristica durante la pandemia di SARS-CoV-2	Nursing practice, challenges, infection control, covid prevention/control, Covid-19, Covid pandemic
O	Cambiamento nella gestione infermieristica del paziente psichiatrico	Mental health nursing, psychiatric nursing. changes, challenges

Tabella VI, PIO relativo al secondo quesito: “I cambiamenti avvenuti nell’assistenza infermieristica di salute mentale hanno generato delle modificazioni dei comportamenti e della psicopatologia?”.

Tabella VI. PIO relativo al secondo quesito.

PIO	PAROLE CHIAVE	KEYWORDS
P	Pazienti psichiatrici	Psychiatric patients, mental disorders, psychiatric inpatient, mental illness
I	Cambiamenti dell’assistenza infermieristica psichiatrica durante la pandemia da SARS-CoV-2	Mental health nursing, psychiatric nursing, changes, inpatient care, covid-19, covid pandemic, isolation, quarantine
O	Modificazioni dei comportamenti e della psicopatologia	Outcomes

3.6 Stringhe di ricerca

Individuate le parole chiave sono state formulate, come riportato di seguito in Tabella VII, le stringhe di ricerca utilizzate per ogni banca dati. Le parole sono state utilizzate in combinazione con l'operatore booleano "AND" "OR" "NOT".

Tabella VII. Stringhe di ricerca su banche dati.

	Database	Stringa	Risultati
1	Pubmed	(((((psychiatric nursing [MeSH Terms] OR (psychiatric nursing (Title/Abstract))) OR (mental health nursing (Title/Abstract) AND (nursing practice[Title/Abstract])) AND (challenges)) OR (changes))AND (mental health services[MeSH Terms] OR [mental health service[Title/Abstract]])) AND (covid pandemic)) NOT (dementia)	162
2	Pubmed	Psychiatric nurses AND psychiatric intensive care unit AND infection control AND covid pandemic	2
3	Pubmed	Psychiatric nurses AND psychiatric intensive care unit AND infection control AND covid pandemic	6
4	Pubmed	(Psychiatric nursing practice) AND (prevention and control" [Subheading])) AND (covid pandemic)	4
5	Pubmed	(Psychiatric nurse practitioner) AND (covid-19)	30
6	Cinahl	Psychiatric nursing OR mental health nursing AND covid pandemic	32
7	Cinahl	Psychiatric nurses OR mental health nurses AND covid-19 prevention and control	4
8	Cinahl	Psychiatric nurses OR mental health nurses AND psychiatric unit OR psychiatric ward OR psychiatric hospital AND covid-19	3
9	Pubmed	Psychiatric inpatient AND infection control AND covid pandemic	18
10	Cinahl	Psychiatric inpatient AND outcomes AND covid pandemic	2
11	Cinahl	Psychiatric patients OR mental illness OR mental disorder AND isolation OR quarantine AND covid pandemic	39

3.7 Limiti inseriti

Sono stati presi in considerazione gli studi pubblicati dal 2020 al 2022, e gli studi pubblicati esclusivamente in lingua inglese ed italiana (Tabella VIII).

Tabella VIII. Limiti inseriti.

Database	Limiti inseriti
Pubmed	- Articoli pubblicati tra il 2020 e il 2022 - Articoli pubblicati in lingua inglese ed italiana - Popolazione adulta (+19)
Cinahl	- Articoli pubblicati tra il 2020 e il 2022 - Articoli pubblicati in lingua inglese ed italiana - Popolazione adulta

3.8 Criteri di selezione degli studi

Per iniziare la ricerca sono stati chiariti i criteri di inclusione ed esclusione degli studi (Tabella IX). Sono quindi state create le stringhe di ricerca e sono stati individuati, dopo un'analisi di titolo ed abstract, gli studi potenzialmente rilevanti.

Nella selezione finale degli studi, gli articoli presenti tra i risultati di più stringhe di ricerca sono stati considerati solamente una volta.

Tabella IX. Criteri di inclusione ed esclusione degli studi.

Database	Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
Pubmed Cinahl	- Studi relativi a pazienti con disturbi psichiatrici - Studi relativi a pazienti adulti - Studi relativi a pazienti che afferiscono a servizi di salute mentale	- Studi relativi a pazienti con demenza - Studi relativi alla popolazione generale - Studi relativi alla popolazione adolescente

CAPITOLO 4 - RISULTATI

La selezione ha portato ad un totale di 27 articoli che includevano i criteri di ammissibilità. La seguente flow-chart (Figura 4.1) ne rappresenta sinteticamente il processo di selezione.

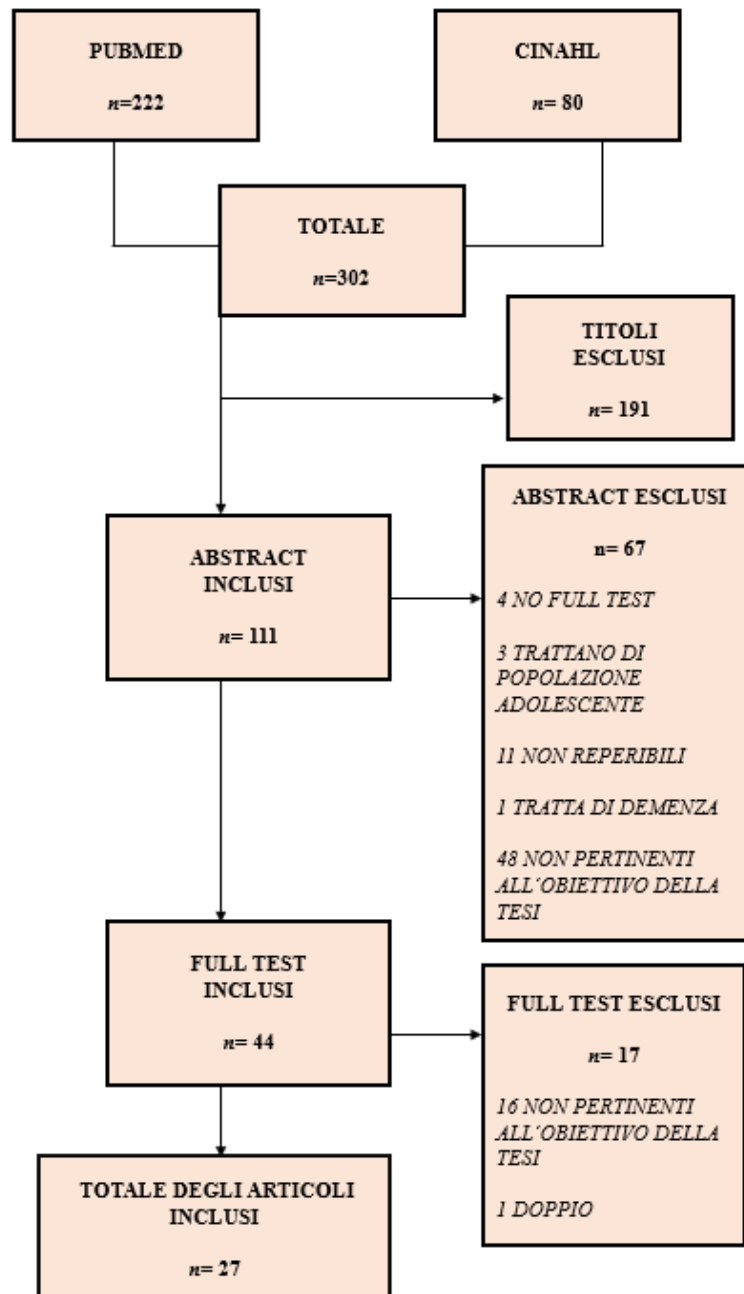


Figura 4.1: Flow Chart per la selezione degli studi.

I 27 studi selezionati comprendono:

- 3 revisioni della letteratura
- 1 revisione sistematica
- 5 studi trasversali
- 4 studi a metodi misti
- 4 studi osservazionali
- 1 studio prospettico
- 5 studi retrospettivi
- 1 analisi di serie interrotte
- 2 studi di tipologia non dichiarata
- 1 studio caso-controllo

Per ogni articolo sono state sintetizzate le informazioni riguardanti il titolo, l'autore, l'anno di pubblicazione, l'obiettivo, il tipo di studio, il campione (numero dei partecipanti, sesso, età), gruppi di confronto, intervento, strumenti di valutazione (scale, questionario, interviste, esami, ecc...), significatività, i risultati e le conclusioni. Per maggiori informazioni si veda l'Allegato 1.

CAPITOLO 5 - DISCUSSIONE

5.1 Impatto della pandemia da COVID-19

Ciò che è emerso dalla ricerca è che il COVID-19 ha avuto un impatto significativo nel panorama dell'assistenza psichiatrica. Nei diversi paesi si è visto come, al sorgere della pandemia, la maggior parte dei servizi ambulatoriali si sono riorganizzati offrendo assistenza a distanza e le consultazioni faccia a faccia sono state mantenute per i pazienti più gravi, ovviamente con l'applicazione di misure barriera (Legrand et al., 2021; Bojdani et al., 2020; Johns et al., 2021; Hansen et al., 2021; Di Lorenzo et al., 2021).

Un altro aspetto riguarda la riorganizzazione che ha coinvolto le unità psichiatriche degli ospedali. L'assistenza psichiatrica ospedaliera ha dovuto adattarsi all'emergenza pandemica attraverso: precauzioni per l'infezione (screening, re-screening, dispositivi di protezione individuale, uso di indumenti designati, pulizia delle superfici e disinfezione); limitazione dei visitatori e minimizzazione dei contatti non essenziali; adeguamenti operativi (creazione di stanze di isolamento nei reparti di ricovero psichiatrico, inasprimento dei criteri di ricovero psichiatrico); modifiche delle terapie di gruppo (limitazione del numero dei partecipanti, utilizzo del distanziamento fisico). L'attuazione di misure di prevenzione in tali unità può essere una sfida, soprattutto quando parte del trattamento dei pazienti include uno stretto contatto, un frequente monitoraggio della sicurezza del paziente, sessioni di terapia di gruppo e la consumazione dei pasti insieme. I pazienti normalmente sono incoraggiati ad interagire con altri pazienti e con il personale durante i momenti di inattività cercando di evitare di trascorrere molto tempo isolati nelle proprie stanze (Bojdani et al., 2020; Callaghan et al., 2020; Russ et al., 2021). Aspetti come la vicinanza fisica, la capacità di leggere e mettere in relazione le espressioni facciali e il linguaggio del corpo sono considerate componenti chiave nell'erogazione dell'assistenza psichiatrica (Bojdani et al., 2020).

Russ et al. (2021), affrontano l'esperienza del contenimento della diffusione dell'infezione in unità psichiatriche presenti in tre strutture ospedaliere a New York. Questo studio sottolinea che i professionisti della salute mentale sono probabilmente i

meno preparati a gestire le complessità di una pandemia. Fonte di preoccupazione per il personale era il trattare pazienti a rischio di comportamenti aggressivi che avrebbero potuto richiedere isolamento a causa della loro positività, nonché pazienti disorganizzati incapaci di seguire prontamente le indicazioni. Quando il numero di pazienti con comorbidità COVID-19 è cresciuto in maniera costante, si è posto il problema di mitigare il contagio nelle unità di degenza e quello di sviluppare unità dedicate al trattamento dei pazienti con comorbidità (Russ et al., 2021). Li et al. (2021), in uno studio condotto su cinque unità psichiatriche in Connecticut, riportano il fatto che i pazienti risultati positivi a Sars-CoV-2 sono stati fisicamente collocati in una singola unità psichiatrica.

Russ et al. (2021) parlano della suddivisione in coorti di pazienti come modalità per fornire assistenza all'interno delle unità, finalizzata al contenimento dell'infezione. È stata una modalità di lavoro nuova per gli operatori. Gli operatori sanitari, tra cui gli infermieri, hanno dovuto far rispettare le norme igieniche e le norme sul distanziamento sociale, ponendo attenzione che i pasti e tutte le attività venissero condotte entro quei parametri. È stato notato che i pazienti con grave malattia psicotica avevano maggior difficoltà di aderenza (Russ et al., 2021).

Webb (2021) parla degli infermieri di comunità come figure di supporto che hanno un ruolo di promozione della salute attraverso l'*advocacy*: possono rispondere agli effetti dell'ansia aumentata dalla pandemia, fornire degli approcci di base della terapia cognitivo-comportamentale e promuovere un dialogo interiore positivo.

In uno studio di Badanapurkar et al. (2022) emerge che quasi la metà (43%) dei pazienti psichiatrici ricoverati in un ospedale nel Qatar hanno riferito che la pandemia da SARS-CoV-2 ha portato ad un deterioramento della propria salute mentale. Gli intervistati, che avevano segnalato un peggioramento della salute mentale a causa della pandemia, avevano una probabilità significativamente maggiore di segnalare cambiamenti sociali negativi dall'inizio della pandemia. Si trattava di una ridotta capacità di discutere emozioni/sentimenti con i membri della famiglia, una diminuzione del tempo dedicato al relax e un aumento dello stress correlato allo stare in casa. Gentile et al. (2022) riportano che i risultati del loro studio hanno confermato un impatto atteso della quarantena sulla salute mentale dei soggetti affetti da disturbi

mentali preesistenti. Sono stati riscontrati, come previsto, anche un aumento significativo della psicopatologia generale e dell'ansia, nonché una prevalente emozione di paura. Iasevoli et al. (2021) hanno constatato che i pazienti con gravi malattie mentali avevano livelli più elevati di stress percepito, di ansia e sintomi depressivi correlati a COVID-19 rispetto ai partecipanti non psichiatrici.

L'effettivo stress percepito dall'epidemia di COVID-19 e dalle restrizioni del lockdown sembra essere un mediatore dell'aumento del rischio di soffrire di grave ansia nei pazienti con gravi malattie mentali.

Un altro studio afferma che la malattia da SARS-CoV-2 potrebbe essere un potenziale fattore di rischio per la nuova insorgenza di un disturbo mentale e che i pazienti psichiatrici ricoverati a causa del virus, una volta dimessi, hanno un alto tasso di recidiva del disturbo. In più, sempre all'interno dello stesso studio, si è osservato che la maggior parte dei pazienti ricoverati presentavano sintomi psichiatrici quali mancanza di insight, aggressività verbale/fisica, disturbi del sonno e sintomi affettivi (Yalçın et al., 2021).

Abbas et al. in uno studio condotto in Inghilterra segnalano che durante un periodo di quattro settimane a partire da marzo 2020 diversi i pazienti ricoverati hanno ricevuto diagnosi di schizofrenia, disturbo schizotipico o altri disturbi psicotici o mania/disturbo affettivo bipolare. I cluster psicotici erano significativamente più comuni. Sempre in questo studio viene riportato che la maggior parte dei ricoveri sono stati obbligatori e la percentuale dei pazienti considerati a rischio di aggressione era più alta.

Muruganandam et al. riportano che i pazienti con disturbi mentali coinvolti nel loro studio abbiano avuto delle modificazioni nei loro comportamenti, tra cui sentimenti di aggressività fisica nei confronti dei caregivers e un aumento del consumo di sostanze (nicotina, alcol, caffeina). È stato anche riferito che a causa del lockdown il 30% dei pazienti hanno avuto una ricaduta e i motivi principali potrebbero essere ricondotti allo stress elevato dovuto al confinamento domestico, alla scarsa compliance al trattamento (circa l'80% non si è presentato agli appuntamenti con i professionisti nel mese precedente allo studio) ed un aumento del carico del caregiver. Quest'ultimo si manifesta attraverso scarso supporto sociale, emozioni negative espresse, violenza

domestica nei confronti del paziente (aumento a sua volta il suo rischio di caduta). Sempre Muruganandam et al riportano che il 72% dei pazienti con malattia mentale non avevano una conoscenza adeguata dei sintomi di COVID-19 e delle misure precauzionali per evitare il contagio. Di fronte a queste situazioni l'infermiere di salute mentale potrebbe intervenire fornendo un'educazione sanitaria al paziente, attraverso il tele-nursing.

Infine, uno studio osservazionale ha riportato che il 76% dei pazienti ha sperimentato frustrazione a causa delle restrizioni, il 53% paure per l'infezione e altri sintomi tra cui ansia psichica (44,5%), umore basso, insonnia. È anche emerso che il 20,8% è ricorso ad automedicazione con sedativi, ciò può far riflettere sulla possibilità o volontà che alcuni pazienti avevano nel confrontarsi con un professionista. (Franchini et al., 2020).

5.2 L'utilizzo della telemedicina

Le linee guida del Ministero della Salute (2014) definiscono la telemedicina come una modalità di erogazione dei servizi sanitari tramite il ricorso a tecnologie innovative (*Information and Communication Technologies-ICT*) al fine di effettuare la diagnosi, la cura, in termini di riabilitazione e monitoraggio del paziente, e la prevenzione secondaria. Negli ultimi anni si è sviluppato anche il tele-nursing, definito come l'uso della telemedicina per fornire assistenza infermieristica e condurre pratiche infermieristiche. Sono molteplici le possibilità che offre: un monitoraggio continuo del paziente e la possibilità di consultazione ed educazione a distanza («Nuova frontiera di assistenza», 2020).

L'utilizzo della telemedicina e delle consulenze telefoniche è stato un mezzo essenziale per il follow-up e per offrire assistenza psichiatrica con i professionisti sanitari durante la pandemia di COVID-19 (Johns et al., 2021).

Di Lorenzo et al. (2021) affermano che nel 2020 le consultazioni telefoniche presso il Centro di Salute Mentale di Modena sono state cinque volte superiori rispetto al 2019. Sottolineano inoltre che la maggior parte delle consulenze sono state richieste da pazienti già in cura presso il servizio ambulatoriale, suggerendo che la vulnerabilità psicologica di questa popolazione è probabilmente dovuta a diversi aspetti (isolamento, paura del contagio, difficoltà economiche). C'è stato un aumento del 26%

dei sintomi depressivi (Di Lorenzo et al., 2021). Uno studio trasversale segnala che l'85,7% delle strutture psichiatriche francesi coinvolte ha riferito di aver sostituito le visite fisiche con forme alternative di contatto (Legrand et al., 2021).

Reay et al. (2021) osservano che la pandemia ha notevolmente accelerato l'adozione di telemedicina nei servizi in Australia, tanto che nel periodo del 2020 è stata utilizzata per più della metà delle sessioni di consulenza effettuate rispetto allo stesso periodo del 2019. Lo studio afferma che la telemedicina ha il potenziale di ridurre le disparità di assistenza sanitaria mentale migliorando l'accesso per coloro che risiedono al di fuori delle aree metropolitane ben servite.

Jayawardana et al. (2021) esaminando i dati amministrativi di Medicare (sito web australiano), hanno osservato come durante i primi sei mesi del 2020 il numero medio di servizi è stato di 485.000 consulenze al mese in Australia, con un aumento del 3% rispetto ai primi 6 mesi del 2019. Ad aprile 2020 il numero totale di consulenze fatte di persona è diminuito del 50% rispetto a marzo 2020. Jayawardana et al. (2021) affermano inoltre che il numero di servizi di videoconferenza è triplicato da marzo ad aprile 2020 e quasi la metà delle consultazioni totali è stata fornita con la telemedicina.

Dagli studi presi in considerazione emergono dei risultati simili per quanto riguarda svantaggi e vantaggi della telemedicina.

Tre studi parlano delle consultazioni telefoniche e della tele-psichiatria come una modalità sicura per fornire assistenza sanitaria in tempi di pandemia. Questo perché ha permesso ai pazienti di non doversi recare nelle strutture evitando di contrarre l'infezione dal personale (Ali et al., 2021; Zemlak et al., 2021; Johns et al., 2021). Esistono altri vantaggi tra cui il fatto che la telemedicina è un mezzo utile per quei pazienti che hanno difficoltà a lasciare la propria casa (per esempio coloro che soffrono di ansia grave) e per chi ha delle lunghe distanze da percorrere per vedere i medici faccia a faccia (Johns et al., 2021).

Ali et al. (2021) nella revisione sistematica condotta, hanno valutato quanto la telepsichiatria sia stata per i pazienti assistiti un servizio efficace e utile. È stata valutata da essi un ottimo mezzo per fare fronte ai bisogni emersi durante la pandemia, offrendo dei materiali psico-educativi e di consulenza utili.

È emerso uno svantaggio comune tra gli studi ossia che la telemedicina è un mezzo che ha messo in evidenza disuguaglianze tra i pazienti a carico. I pazienti anziani, i residenti rurali e coloro che hanno livelli d'istruzione e reddito più bassi hanno manifestato delle difficoltà nell'accedere a internet o una mancanza di familiarità con le piattaforme online, oppure non disponevano di una connessione a banda larga. È emerso anche il tema che riguardava il rischio di violazione della privacy (Zemlak et al., 2021, Foye et al., 2021, Bojdani et al., 2020).

Foye et al. (2021) riportano uno studio svolto in Inghilterra sulle difficoltà incontrate dagli infermieri durante l'utilizzo di tecnologie di consulenza sanitaria psichiatrica da remoto.

Da Cruz Guedes et al. (2022) sottolineano la necessità di aumentare, oltre alla consapevolezza degli operatori sanitari sull'utilità degli interventi di salute mentale online, anche gli investimenti per la formazione accademica degli infermieri su questa metodologia. Gli infermieri all'interno dello studio hanno fornito "ascolto terapeutico" agli individui con problematiche emotive legate alla pandemia.

L'assistenza virtuale per la professione infermieristica, in questo caso di salute mentale, è stata sicuramente un terreno se non nuovo, comunque poco conosciuto. Schroeder (2022) parla dell'importanza per gli infermieri psichiatrici di diventare istruiti sui servizi di tele-nursing, alla luce del fatto che il suo ruolo è diventato sempre più importante come adattamento alla pratica professionale. È stato appurato che i servizi di telemedicina siano ben accettati dai pazienti e dal personale che la fornisce (Schroeder, 2022).

Uno studio qualitativo riporta che il 47% dei pazienti coinvolti hanno affermato che durante la pandemia "lottavano per stare bene" e il 51% che la sua salute mentale era peggiorata. Da questi gli autori riflettono sull'importanza di costruire strategie innovative per creare un'alleanza con le persone che necessitano di cure, come ad esempio attraverso la teleassistenza sanitaria (Costa et al., 2021)

CAPITOLO 6 - CONCLUSIONI

Questo lavoro di ricerca ha permesso di conoscere l'impatto iniziale della pandemia da COVID-19 sul sistema della salute mentale nel suo complesso. Si è reso evidente come la pandemia ha peggiorato le condizioni cliniche dei pazienti psichiatrici con un aumento dei disturbi psicotici, degli stati d'ansia, dell'aggressività e delle paure legate al contagio. Inoltre, sono aumentati i ricoveri obbligatori e lo stress dei familiari conviventi.

La pandemia ha provocato una riorganizzazione dei servizi di salute mentale caratterizzata da una drastica diminuzione dell'offerta terapeutica in presenza. In particolare, si sono ridotte le consulenze ambulatoriali ed i gruppi terapeutici sono stati effettuati solo eccezionalmente. Le strutture residenziali e semiresidenziali hanno ridotto al minimo la presenza dei pazienti che risultava essere costituita da persone con problematiche gravi. A questo si aggiunge l'introduzione all'interno delle strutture delle varie misure di contenimento del contagio.

La diminuzione dell'offerta terapeutica come sopra descritta evidenzia come ci sia stata una riduzione dei rapporti interpersonali in presenza tra pazienti e personale di cura. In questo senso si può leggere un cambiamento della pratica infermieristica.

Nel tentativo di mantenere il contatto terapeutico con i pazienti, i servizi di diversi paesi hanno attivato l'assistenza psichiatrica da remoto utilizzando piattaforme online e consulenze telefoniche. Tale metodologia si è confermata di grande utilità per la cura, a patto che sia gli operatori che i pazienti possedessero le competenze informatiche e le infrastrutture digitali adeguate. Vi sono esperienze in alcuni servizi nei quali gli infermieri utilizzano il tele-nursing in ambito psichiatrico per dare supporto ai pazienti attraverso l'"ascolto terapeutico". È stata evidenziata, inoltre, la necessità di formare gli infermieri all'assistenza da remoto.

Da quanto detto sopra si evince che l'introduzione dell'attività di tele-nursing in ambito psichiatrico rappresenta un cambiamento delle pratiche infermieristiche

Il personale infermieristico durante le prime fasi della pandemia si è trovato a gestire nuove situazioni quali educare i pazienti al rispetto delle misure barriera (utilizzo di mascherine, distanziamento, autoisolamento). Si è appreso, inoltre, dell'istituzione di stanze di isolamento per pazienti COVID-19 psichiatrici, ma non sono stati ritrovati

studi in merito alla descrizione puntuale dell'assistenza infermieristica in questo contesto.

I limiti di questa revisione della letteratura emergono dal limitato numero di studi che riguardano in maniera specifica i cambiamenti delle pratiche infermieristiche di salute mentale. Ancora non sono presenti evidenze che indichino come il cambiamento delle attività e delle pratiche infermieristiche possa aver prodotto modificazioni riscontrabili nei comportamenti e nella psicopatologia dei pazienti.

Si ritiene che questi aspetti debbano essere ulteriormente indagati con altri studi ed inoltre, si auspica che venga resa concreta la formazione degli infermieri circa la pratica del tele-nursing e la gestione della relazione con il paziente psichiatrico da remoto.

BIBLIOGRAFIA

- Ali, N. A., Khoja, A., & Kazim, F. (2021). Role of the Telemental Health Services During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Turk Psikiyatri Dergisi = Turkish Journal of Psychiatry*, 32(4), 275–282. <https://doi.org/10.5080/u26021>
- Abbas, M. J., Kronenberg, G., McBride, M., Chari, D., Alam, F., Mukaetova-Ladinska, E., Al-Uzri, M., & Brugha, T. (2021). The Early Impact of the COVID-19 Pandemic on Acute Care Mental Health Services. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 72(3), 242–246. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000467>
- Badanapurkar, A., Nelson, D., Alabdulla, M., Reagu, S., Woodruff, P., Varghese, S., Aly, S. M., & Haddad, P. M. (2022). Psychiatric inpatients' views of their mental health, and their experience of social change, during the pandemic: A report from Qatar. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(3), 451–462. <https://doi.org/10.1111/jpm.12810>
- Barlati, S., Pinton, I., Savorelli, A., & Vita, A. (2020). *L'impatto dell'emergenza COVID-19 sui servizi di salute mentale: Tra clinica e organizzazione*. 26, 33–46.
- Bojdani, E., Rajagopalan, A., Chen, A., Gearin, P., Olcott, W., Shankar, V., Cloutier, A., Solomon, H., Naqvi, N. Z., Batty, N., Festin, F. E. D., Tahera, D., Chang, G., & DeLisi, L. E. (2020). COVID-19 Pandemic: Impact on psychiatric care in the United States. *Psychiatry Research*, 289, 113069. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113069>
- Caballero, di S. P., & Alderighi, di M. (s.d.). *I modelli concettuali in psichiatria*. 32.
- Callaghan, A. W., Chard, A. N., Arnold, P., Loveland, C., Hull, N., Saraiya, M., Saydah, S., Dumont, W., Frakes, L. G., Johnson, D., Peltier, R., Van Houten,

C., Trujillo, A. A., Moore, J., Rose, D. A., Honein, M. A., Carrington, D., Harrist, A., & Hills, S. L. (2020). Screening for SARS-CoV-2 Infection Within a Psychiatric Hospital and Considerations for Limiting Transmission Within Residential Psychiatric Facilities—Wyoming, 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(26), 825–829. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6926a4>

Caroppo, E., Lega, I., Cognetti, D., & Rotunno, V. (2020). Community Mental Health Care in the COVID-19 Response: An Italian Example. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 22(3), 26136. <https://doi.org/10.4088/PCC.20com02659>

Carpiniello, B., Tusconi, M., Zanalda, E., Di Sciascio, G., Di Giannantonio, M., & Executive Committee of The Italian Society of Psychiatry. (2020). Psychiatry during the Covid-19 pandemic: A survey on mental health departments in Italy. *BMC Psychiatry*, 20(1), 593. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02997-z>

Chevance, A., Gourion, D., Hoertel, N., Llorca, P.-M., Thomas, P., Bocher, R., Moro, M.-R., Laprévote, V., Benyamina, A., Fossati, P., Masson, M., Leaune, E., Leboyer, M., & Gaillard, R. (2020). Ensuring mental health care during the SARS-CoV-2 epidemic in France: A narrative review. *L'Encephale*, 46(3), 193–201. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.005>

Competenze-infermiere-salute-mentale.pdf. (s.d.). Recuperato 13 ottobre 2022, da <https://www.ordineinfermieribologna.it/files/2015/08/Competenze-infermiere-salute-mentale.pdf>

Costa, M., Reis, G., Pavlo, A., Bellamy, C., Ponte, K., & Davidson, L. (2021). Tele-Mental Health Utilization Among People with Mental Illness to Access Care During the COVID-19 Pandemic. *Community Mental Health Journal*, 57(4), 720–726. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00789-7>

- Da Cruz Guedes, A., Prado Kantorski, L., Quinzen Willrich, J., Christello Coimbra, V. C., Carla Gabriela, Souto de Oliveira Sperb, L. C., & Brasil Sperb, C. (2022). Online mental health care during the COVID-19 pandemic. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75, 1–8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0554>
- De Girolamo, G., Cerveri, G., Clerici, M., Monzani, E., Spinogatti, F., Starace, F., Tura, G., & Vita, A. (2020). Mental Health in the Coronavirus Disease 2019 Emergency-The Italian Response. *JAMA Psychiatry*, 77(9), 974–976. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1276>
- Di Lorenzo, R., Fiore, G., Bruno, A., Pinelli, M., Bertani, D., Falcone, P., Marrama, D., Starace, F., & Ferri, P. (2021). Urgent Psychiatric Consultations at Mental Health Center during COVID-19 Pandemic: Retrospective Observational Study. *The Psychiatric Quarterly*, 92(4), 1341–1359. <https://doi.org/10.1007/s11126-021-09907-w>
- DM-739-94.pdf. (s.d.). Recuperato 1 novembre 2022, da <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/DM-739-94.pdf>
- Foye, U., Dalton-Locke, C., Harju-Seppänen, J., Lane, R., Beames, L., Vera San Juan, N., Johnson, S., & Simpson, A. (2021). How has COVID-19 affected mental health nurses and the delivery of mental health nursing care in the UK? Results of a mixed-methods study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(2), 126–137. <https://doi.org/10.1111/jpm.12745>
- Franchini, L., Ragone, N., Seghi, F., Barbini, B., & Colombo, C. (2020). Mental health services for mood disorder outpatients in Milan during COVID-19 outbreak: The experience of the health care providers at San Raffaele hospital. *Psychiatry Research*, 292, 113317. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113317>
- Gentile, A., Torales, J., O'Higgins, M., Figueredo, P., Castaldelli-Maia, J. M., De Berardis, D., Petito, A., Bellomo, A., & Ventriglio, A. (2022). Phone-based

outpatients' follow-up in mental health centers during the COVID-19 quarantine. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(1), 129–133. <https://doi.org/10.1177/0020764020979732>

Hansen, J. P., van Sas, T. Q. B., Fløjstrup, M., Brabrand, M., & Hvolby, A. (2021). The effect of the March 2020 COVID-19 lockdown on national psychiatric contacts in Denmark: An interrupted time series analysis. *Brain and Behavior*, 11(8), e2264. <https://doi.org/10.1002/brb3.2264>

Hurley, J., Lakeman, R., Linsley, P., Ramsay, M., & Mckenna-Lawson, S. (2022). Utilizing the mental health nursing workforce: A scoping review of mental health nursing clinical roles and identities. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(4), 796–822. <https://doi.org/10.1111/inm.12983>

Iasevoli, F., Fornaro, M., D'Urso, G., Galletta, D., Casella, C., Paternoster, M., Buccelli, C., & de Bartolomeis, A. (2021). Psychological distress in patients with serious mental illness during the COVID-19 outbreak and one-month mass quarantine in Italy. *Psychological Medicine*, 51(6), 1054–1056. <https://doi.org/10.1017/S0033291720001841>

Istruzioni-operative-siep-30-03-2020.pdf. (s.d.). Recuperato 15 ottobre 2022, da <https://siep.it/wp-content/uploads/2020/03/istruzioni-operative-siep-30-03-2020.pdf>

Jayawardana, D., Gannon, B., Jayawardana, D., & Gannon, B. (2021). *Australian Health Review*, 45(4), 442–446. <https://doi.org/10.1071/AH20325>

Johns, G., Burhouse, A., Tan, J., John, O., Khalil, S., Williams, J., Whistance, B., Ogonovsky, M., & Ahuja, A. (2021). Remote mental health services: A mixed-methods survey and interview study on the use, value, benefits and challenges of a national video consulting service in NHS Wales, UK. *BMJ Open*, 11(9), e053014. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053014>

- Kuzman, M. R., Vahip, S., Fiorillo, A., Beezhold, J., Costa, M. P. da, Skugarevsky, O., Dom, G., Pajevic, I., Peles, A. M., Mohr, P., Kleinberg, A., Chkonia, E., Balazs, J., Flannery, W., Mazaliauskiene, R., Chihai, J., Samochowiec, J., Cozman, D., Mihajlovic, G., ... Goorwod, P. (2021). Mental health services during the first wave of the COVID-19 pandemic in Europe: Results from the EPA Ambassadors Survey and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 64(1), e41. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2215>
- Legrand, G., Boisgard, C., Canac, B., Cardinaud, Z., Gorla, M. G., Gregoire, E., Jamon, C., Oussal, T., & Vaury, P. (2021). Organisation epidemic and timeline of measures in French psychiatric establishments during the first wave of the COVID-19: EvOlu'Psy study. *BMC Psychiatry*, 21, 284.
- Li, L., Roberts, S. C., Kulp, W., Wing, A., Barnes, T., Colandrea, N., Klink, B., Fortunati, F., & Martinello, R. (2021). Epidemiology, Infection Prevention, Testing Data, and Clinical Outcomes of COVID-19 on Five Inpatient Psychiatric Units in a large Academic Medical Center. *Psychiatry Research*, 298, 113776. <https://doi.org/20212>
- Lieberman, R. P., Hilty, D. M., Drake, R. E., & Tsang, H. W. H. (2001). Requirements for Multidisciplinary Teamwork in Psychiatric Rehabilitation. *Psychiatric Services*, 52(10), 1331–1342. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.10.1331>
- Master8.pdf. (s.d.). Recuperato 1 novembre 2022, da https://www.fnopi.it/archivio_news/pagine/59/master8.pdf
- Meloni, S., de Girolamo, G., & Rossi, R. (2020). COVID-19 e servizi di salute mentale in Europa. *Epidemiologia & Prevenzione*, 44(5-6 Suppl 2), 383–393. <https://doi.org/10.19191/EP20.5-6.S2.142>
- Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N., Cannon, M., Correll, C. U., Byrne, L., Carr, S., Chen, E. Y. H., Gorwood, P., Johnson, S., Kärkkäinen, H., Krystal, J. H., Lee, J., Lieberman, J., López-Jaramillo, C.,

- Männikkö, M., ... Arango, C. (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(9), 813–824. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30307-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30307-2)
- Moreno-Poyato, A. R., Montesó-Curto, P., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R., Leyva-Moral, J. M., Lluch-Canut, T., & Roldán-Merino, J. F. (2016). The Therapeutic Relationship in Inpatient Psychiatric Care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), 782–787. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.03.001>
- Muruganandam, P., Neelamegam, S., Menon, V., Alexander, J., & Chaturvedi, S. K. (2020). COVID-19 and Severe Mental Illness: Impact on patients and its relation with their awareness about COVID-19. *Psychiatry Research*, 291, 113265. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113265>
- Rahman, A., Naslund, J. A., Betancourt, T. S., Black, C. J., Bhan, A., Byansi, W., Chen, H., Gaynes, B. N., Restrepo, C. G., Gouveia, L., Hamdani, S. U., Marsch, L. A., Petersen, I., Bahar, O. S., Shields-Zeeman, L., Ssewamala, F., & Wainberg, M. L. (2020). The NIMH global mental health research community and COVID-19. *The Lancet Psychiatry*, 7(10), 834–836. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30347-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30347-3)
- Reay, R., Kisely, S. R., & Looi, J. C. L. (2021). Better Access: Substantial shift to telehealth for allied mental health services during COVID-19 in Australia. *Australian Health Review: A Publication of the Australian Hospital Association*, 45(6), 675–682. <https://doi.org/10.1071/AH21162>
- Russ, M. J., Parish, S. J., Mendelowitz, R., Mendoza, S., Arkow, S. D., Radosta, M., Espinosa, L., Sombrotto, L. B., Anthony, D., Wyman, D. A., Baptista-Neto, L., & Wilner, P. J. (2021). The Interface of COVID-19 and Inpatient

- Psychiatry: Our Experience and Lessons Learned. *Journal of Psychiatric Practice*, 27(3), 172–183. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000551>
- Schroeder, R. A. (2022). Adaptation or Revolution: Telemental Health and Advanced Practice Psychiatric Nursing During COVID-19. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 28(3), 241–248. <https://doi.org/10.1177/1078390320970638>
- Sheridan Rains, L., Johnson, S., Barnett, P., Steare, T., Needle, J. J., Carr, S., Lever Taylor, B., Bentivegna, F., Edbrooke-Childs, J., Scott, H. R., Rees, J., Shah, P., Lomani, J., Chipp, B., Barber, N., Dedat, Z., Oram, S., Morant, N., Simpson, A., ... The COVID-19 Mental Health Policy Research Unit Group. (2021). Early impacts of the COVID-19 pandemic on mental health care and on people with mental health conditions: Framework synthesis of international experiences and responses. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(1), 13–24. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01924-7>
- Tam, W., Hu, X., Tan, W., Jiang, L., Jiang, X., Zhang, L., Zhao, X., Zou, Y., Hu, Y., Luo, X., McIntyre, R. S., Quek, T., Tran, B. X., Zhang, Z., Pham, H. Q., Ho, C. S. H., & Ho, R. C. M. (2020). A quantitative and qualitative study on the neuropsychiatric sequelae of acutely ill COVID-19 inpatients in isolation facilities. *Translational Psychiatry*, 10, 355. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-01039-2>
- Webb, L. (2021). COVID-19 lockdown: A perfect storm for older people's mental health. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 28(2), 300–300. <https://doi.org/10.1111/jpm.12644>
- Yalçın, M., Sönmez Güngör, E., Ergelen, M., Beşikçi Keleş, D., Yerebakan Tüzer, M., Öcek Baş, T., Güneş, M., Genç, D., Kırşavoğlu, B., Metin, M., Bülbül, A., & Kayacan, A. (2021). Characteristics and Outcomes of Psychiatric Inpatients With Severe Mental Illness and COVID-19. *The Journal of Nervous and*

Mental Disease, 209(12), 884–891.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001450>

Zemlak, J. L., Wilson, P., VanGraafeiland, B., & Rodney, T. (2021). Telehealth and the Psychiatric Mental Health Nurse Practitioner: Beyond the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 10783903211045120. <https://doi.org/10.1177/10783903211045119>

Zhu, J.-H., Li, W., Huo, X.-N., Jin, H.-M., Zhang, C.-H., Yun, J.-D., Gao, L.-G., Cheung, T., Hall, B. J., Yang, B., & Xiang, Y.-T. (2021). The Attitude towards Preventive Measures and Knowledge of COVID-19 Inpatients with Severe Mental Illness in Economically Underdeveloped Areas of China. *Psychiatric Quarterly*, 92(2), 683–691. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09835-1>

SITOGRAFIA

EpiCentro. (s.d.-a). *L'impatto della pandemia COVID-19 sulla salute mentale: L'impegno in ISS*. Recuperato 26 settembre 2022, da <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-salute-mentale>

EpiCentro. (s.d.-b). *Tutto sulla pandemia di SARS-CoV-2*. Recuperato 27 settembre 2022, da <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2>

Nuova frontiera di assistenza: La telemedicina. (2020, novembre 19). *Fnopi L'infermiere*. <https://www.infermiereonline.org/2020/11/19/assistenza-la-telemedicina/>

Salute, M. della. (s.d.). *Cosa sono SARS-CoV-2 e Covid-19*. Recuperato 12 ottobre 2022, da <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioFaqNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=257>

WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. (s.d.). Recuperato 12 ottobre 2022, da <https://covid19.who.int>

Anno XXXIII • n.1 • gennaio – giugno 2020. (s.d.). *Psichiatria Oggi*. Recuperato 27 settembre 2022, da <https://www.psichiatriaoggi.it/rivista/anno-xxxiii-n-1-gennaio-giugno-2020/>

ALLEGATI

Allegato 1. Articoli relativi al primo quesito: “Quali sono le modificazioni che hanno subito le pratiche di assistenza infermieristica normalmente attuate dagli infermieri di salute mentale con l’avvento della pandemia di SARS-CoV-2?”

Titolo, Autore/i, Anno, Tipo di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami)	Significatività	Risultati e conclusioni
Titolo: Telehealth and the Psychiatric Mental Health Nurse Practitioner: Beyond the COVID-19 Pandemic Autori e anno: Zemlak et al., 2021 Tipo di studio: Revisione della letteratura Obiettivo: Esaminare i vantaggi, gli svantaggi e le sfide della telemedicina per i professionisti della salute mentale psichiatrica nella pratica e nella formazione.	–	–	–	I vantaggi della telemedicina sono un miglior accesso alle cure per i pazienti che non hanno la possibilità di recarsi in loco per mancanza di trasporti o stress correlato al rischio di esposizione al virus. Gli svantaggi sono il rischio di violazione della privacy, la disparità nell’accesso ad internet a banda larga e la poca familiarità di alcuni pazienti con le tecnologie. Si è notato che la telemedicina non è efficace per tutte le situazioni cliniche.

Titolo, Autore/i, Anno, Tipo di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami)	Significatività	Risultati e conclusioni
Titolo: Adaptation or Revolution: Telemental Health and Advanced Practice Psychiatric Nursing During COVID-19 Autore e anno: Schroeder, 2022 Tipo di studio: Revisione della letteratura Obiettivo: Descrivere le preoccupazioni per la salute mentale associate alla pandemia da COVID-19, discutere di com'è cambiata l'assistenza di salute mentale e le modalità con cui gli infermieri possono adattarsi e prepararsi in futuro.	—	—	—	La pandemia di COVID-19 ha delle implicazioni per gli infermieri di salute mentale nei contesti pratici: tra le conseguenze delle misure barriera utilizzate per contenere il contagio c'è la difficoltà dei pazienti di avere contatti faccia a faccia con loro. Il ruolo della telepsichiatria è diventato sempre più importante come adattamento nella pratica professionale e ci sono forti prove che sia ben accettata da pazienti e dai professionisti che la forniscono. Spetta agli infermieri di salute mentale abbracciare questa nuova modalità e diventare istruiti sui servizi di tele-mental health.

Titolo, Autore/i, Anno, Tipo di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami)	Significatività	Risultati e conclusioni
Titolo: Better Access: substantial shift to telehealth for allied mental health services during COVID-19 in Australia Autori e anno: Reay et al., 2021 Tipo di studio: Studio osservazionale Obiettivo: Quantificare l'introduzione dei servizi di telemedicina del Medicare Benefits Schedule (la lista dei servizi sanitari che il governo australiano rilascia) forniti dai professionisti della salute mentale, attraverso l'iniziativa Better Access, durante la pandemia di COVID-19.	Campione: 5 033 077 servizi Periodo di confronto: Sessioni di servizi erogati nel periodo (aprile-dicembre 2019)	—	—	Dopo l'arrivo della pandemia, da aprile a dicembre 2020 sono stati forniti in totale 5 033 077 servizi, con un aumento complessivo dell'11%. Si è verificata una diminuzione del 29% del totale delle consultazioni “face to face” durante il periodo di studio rispetto allo stesso periodo del 2019. Il mantenimento della telemedicina potrebbe estendere la portata dell'assistenza sanitaria mentale durante future pandemie e crisi globali. Ha il potenziale per ridurre le disparità di assistenza sanitaria mentale migliorando l'accesso per coloro che risiedono al di fuori delle aree metropolitane ben servite.

Titolo, Autore/i, Anno, Tipo di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami)	Significatività	Risultati e conclusioni
Titolo: Remote mental health services: a mixed-methods survey and interview study on the use, value, benefits and challenges of a national video consulting service in NHS Wales, UK Autori e anno: Johns et al., 2021 Tipo di studio: Studio a metodi misti Obiettivo: Presentare un anno di dati sulla fornitura di servizi di salute mentale a distanza da un campione rappresentativo del Galles. Illustrare inoltre risultati sull'uso, il valore, i benefici e le sfide dei servizi remoti attraverso il metodo della video-consulenza (VC) che si basa sull'esperienza di pazienti e medici appartenenti ad dei servizi di salute mentale per bambini e adolescenti (CAMHS), adulti e servizi di salute mentale per gli anziani.	Campione: 3561 partecipanti Sesso: maschi 38%, femmine 60%, hanno preferito non identificarsi il 2% Età: i pazienti hanno età che vanno da sotto i 12 anni fino a oltre i 65 anni Gruppo di confronto: Non presente Intervento: È stato somministrato un primo sondaggio a 1027 persone che valuta l'uso e il valore della video-consulenza. Il secondo sondaggio somministrato a 2453 persone ha indagato i vantaggi e le sfide della video-consulenza (questi dati sono presentati come confronto tra pazienti e medici). Sono state effettuate inoltre delle interviste ad 81 persone su temi quali "uso, valore, vantaggi e sfide".	La qualità della video-consulenza è stata espressa con una scala Likert che andava da "scarsa" a "eccellente".	I pazienti sono risultati più positivi nelle valutazioni della qualità, rispetto ai medici ($p < 0,001$).	L'81% degli adulti ($n=773$) hanno valutato la video-consulenza come "eccellente", "molto buona" o "buona". L'87,8% degli intervistati ha affermato che il "faccia a faccia" è stato prevenuto attraverso la VC, il che è stato un risultato positivo, dati i rischi di frequentare un ambiente clinico durante la pandemia di COVID-19. La sfida con il punteggio più alto per i medici (basata sui punteggi "molto" o "alcuni") era per "audio scarso" (26%). Sarebbe importante mantenere la VC come alternativa agli appuntamenti faccia a faccia, in modo tale da consentire a pazienti e medici di poter scegliere la propria modalità in base a preferenze personali e idoneità clinica.

Titolo, Autore/i, Anno, Tipo di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami)	Significatività	Risultati e conclusioni
Titolo: Use of telehealth mental health services during the COVID-19 pandemic Autori e anno: Jayawardana et al., 2021 Tipo di studio: Studio descrittivo retrospettivo Obiettivo: Esaminare le tendenze nell'adozione di telemedicina per la salute mentale durante i primi 6 mesi della pandemia di COVID-19 utilizzando i dati amministrativi di Medicare (sito Web australiano disponibile al pubblico).	—	—	Il numero medio di servizi dichiarati durante i primi 6 mesi del 2020 è stato di circa 485.000 consulenze al mese, con un aumento del 3% rispetto ai primi 6 mesi del 2019. Tuttavia il numero totale di consulenze di persona è diminuito di 50% ad aprile.	L'utilizzo della telemedicina è fortemente aumentato da marzo ad aprile 2020 fino a maggio con una diminuzione verso giugno. Tra le donne c'è stata molta variazione nelle fasce d'età nell'utilizzo dei servizi, le fascia con l'utilizzo più elevato è stata quella tra i 25 e i 34 anni. Nel caso degli uomini invece la variazione è stata meno evidente.

Titolo, Autore/i, Anno, Tipo di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami)	Significatività	Risultati e conclusioni
Titolo: How has COVID-19 affected mental health nurses and the delivery of mental health nursing care in the UK? Results of a mixed-methods study Autori e anno: Foye et al., 2021 Tipo di studio: Studio a metodi misti Obiettivo: Esplorare in che modo il COVID-19 ha influenzato la capacità degli infermieri di salute mentale di fornire assistenza nei servizi di salute mentale di comunità e ospedalieri nel Regno Unito.	Campione: 897 partecipanti Sesso: maschi e femmine Età: 25-65 anni Gruppo di confronto: Non presente Intervento: È stato somministrato un questionario con domande strutturate e aperte. Il questionario include domande che coprono una serie di tematiche per comprendere le esperienze del personale.	Scala Likert a cinque punti che va da “estremamente rilevante”, “leggermente rilevante” a “non rilevante” o “non applicabile”. Questa scala è stata utilizzata per valutare le risposte alle domande qualitative.	—	La pandemia da SARS-CoV-2 ha colpito in maniera abbastanza severa l’assistenza infermieristica nei servizi di salute mentale nel Regno Unito, destando diverse preoccupazioni e difficoltà nel personale. Ciò che emerge in maniera particolare è stata la difficoltà nell’adattarsi a fornire servizi da remoto. Alcuni infermieri hanno valutato utile questa nuova pratica per mantenere la continuità assistenziale, anche se non è adatta a tutti i pazienti. Un’altra preoccupazione emersa riguarda la mancanza di dispositivi di protezione individuale.

Titolo, Autore/i, Anno, Tipo di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami)	Significatività	Risultati e conclusioni
Titolo: Screening for SARS-CoV-2 Infection Within a Psychiatric Hospital and Considerations for Limiting Transmission Within Residential Psychiatric Facilities - Wyoming, 2020 Autori e anno: Callaghan et al., 2020 Tipo di studio: osservazionale trasversale Obiettivo: Determinare la prevalenza dell'infezione da SARS-CoV-2 tra i pazienti e gli operatori sanitari e valutare l'efficacia della nuova attuazione di procedure avanzate di ammissione, isolamento e IPC (<i>infection prevention and control</i>) nei pazienti.	Campione: 46 pazienti, 171 operatori sanitari Sesso dei pazienti: maschi (39%), femmine (61%) Sesso degli operatori sanitari: maschi 29%, femmine 71% Età media pazienti: 57 anni Età media operatori sanitari: 43 anni Gruppi di confronto: Non presente Intervento: è stato somministrato un questionario ai pazienti e agli operatori sanitari attraverso il quale sono state raccolte informazioni sulle caratteristiche demografiche, sui sintomi, sui doveri dell'operatore sanitario e sui luoghi di lavoro nelle ultime due settimane.	Sono stati raccolti e testati campioni di tampone nasofaringeo.	—	Tutti i pazienti e gli operatori sanitari hanno avuto risultati negativi del test per l'infezione da SARS-CoV-2. Nei primi giorni di rapida evoluzione della pandemia di COVID-19, le strutture psichiatriche del Wyoming hanno dovuto affrontare il compito di adattare le procedure IPC (infection and prevention control) standard ai loro contesti specifici. I problemi affrontati variavano dalla capacità di raggruppare i pazienti infetti quando era anche necessario separare i pazienti per età, sesso e necessità di trattamento, alla capacità di continuare i servizi essenziali di salute mentale quando era necessario mantenere il distanziamento fisico o l'isolamento.

Titolo, Autore/i, Anno, Tipo di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami)	Significatività	Risultati e conclusioni
Titolo: The Interface of COVID-19 and Inpatient Psychiatry: Our Experience and Lessons Learned Autori e anno: Russ et al., 2021 Tipo di studio: Non dichiarato Obiettivo: Presentare l'esperienza di due strutture ospedaliere psichiatriche e un'unità di degenza psichiatrica (situata in un altro ospedale) locate a New York. Descrivere inoltre le lezioni apprese nel fornire assistenza e cure ai pazienti durante la pandemia con l'obiettivo finale di definire le migliori pratiche nel tempo.	—	—	—	In tutti i siti in questione si sono presentate delle sfide comuni riguardanti la struttura fisica delle unità. La maggior parte delle stanze di degenza ospita due pazienti, le stazioni di cura e altre aree tendono ad essere piccole implicando un contatto fisico abbastanza stretto. È stato sviluppato un documento di lavoro che includeva protocolli per la valutazione medica dei pazienti, tra cui la valutazione dei fattori di rischio nei pazienti con peggioramento dei sintomi che potrebbero richiedere il trasferimento in un ambiente medico. Un'ala di un'unità è stata dedicata all'alloggio dei pazienti il cui stato era sconosciuto in attesa dei risultati del test PCR, con ampia separazione geografica dall'altra ala che è stata utilizzata per ospitare i pazienti COVID-19. Ai pazienti è stato chiesto di trascorrere gran parte del loro tempo nelle loro stanze. I pazienti sono stati divisi in piccole coorti nelle unità, ciascuna composta da 6 pazienti. Le coorti hanno partecipato insieme a gruppi, pasti e attività limitate fuori dalla stanza e sono state incoraggiate a non interagire con i pazienti in altre coorti. È stato notato che i pazienti con grave malattia psicotica avevano la maggior difficoltà di aderenza

Titolo, Autore/i, Anno, Tipo di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami)	Significatività	Risultati e conclusioni
Titolo: Organisation epidemic and timeline of measures in French psychiatric establishments during the first wave of the COVID-19: EvOlu'Psy study Autori e anno: Legrand et al., 2021 Tipo di studio: Studio trasversale Obiettivo: Valutare l'organizzazione da parte delle strutture psichiatriche in Francia durante la prima ondata di COVID-19 (durata dal 5 marzo 2020 al 6 giugno 2020).	Campione: 94 strutture Intervento: Somministrazione di un questionario. Risultati che vanno dall'80 al 100% sono stati giudicati molto soddisfacenti, da meno dell'80 al 70% soddisfacenti, da meno del 70 al 60% inadeguati e risultati inferiori al 60% molto inadeguati.	—	Le strutture private senza scopo di lucro hanno riferito significativamente più spesso rispetto agli altri gruppi ($p = 0,04$) di aver chiuso (o parzialmente chiuso) le proprie attività di riabilitazione psicosociale ambulatoriale. Le istituzioni pubbliche hanno riferito di aver organizzato consultazioni di persona con l'adesione alle misure di barriera molto più spesso rispetto alle strutture private ($p = 0,008$). Hanno anche riferito di aver organizzato consultazioni telefoniche significativamente più spesso ($p = 0,005$). Le strutture private, invece, hanno riferito di organizzare visite domiciliari con l'adesione a misure di barriera significativamente meno frequenti rispetto alle loro controparti pubbliche ($p < 0,0001$). Le strutture private senza scopo di lucro hanno riferito di mantenere il loro supporto sociale più spesso rispetto ad altri tipi di strutture ($p = 0,01$). Le strutture private a scopo di lucro hanno segnalato carenze significativamente meno frequenti dei seguenti dispositivi di protezione individuale: guanti ($p = 0,01$), camici ($p = 0,001$).	Il ricovero ospedaliero a tempo pieno è stato completamente o parzialmente mantenuto dal 94,7% ($n = 89$) delle strutture. Tra coloro che hanno erogato il ricovero in regime di day hospital, il 96,39% ($n = 80$) lo ha chiuso o parzialmente mantenuto. Le attività di CMP (consulenze ambulatoriali) sono state completamente o parzialmente mantenute dal 90% ($n = 54$), mentre le attività CATTP (part-time terapeutiche ambulatoriali) sono state chiuse o parzialmente mantenute dal 96,43% ($n = 54$), le attività di riabilitazione psicosociale (ambulatoriale) dal 86,21% ($n = 50$). Nell'86,89% ($n = 53$) delle strutture che hanno risposto, l'assistenza domiciliare e le visite a domicilio sono state mantenute in tutto o in parte. Le consultazioni di persona sono proseguite nel 75,5% ($n = 71$) degli stabilimenti, con l'applicazione di misure di barriera. La tele-psichiatria (consultazioni video psichiatriche) è stata utilizzata nel 74,5% ($n = 70$) degli stabilimenti e le consultazioni telefoniche nel 92,6% ($n = 87$).

				Sono state riportate politiche diverse per le visite familiari: il 37,2% (n = 35) ha dichiarato che le visite erano disponibili in circostanze eccezionali (peggioramento o precarietà della salute del paziente), il 59,6% (n = 56) le aveva completamente fermate. Tra questi ultimi, l'85,7% (n = 81) ha riferito di aver sostituito le visite fisiche con forme alternative di contatto. Inoltre, il 47,9% (n = 45) delle strutture ha riferito di aver organizzato un follow-up telefonico per gli operatori sanitari e il 26,6% (n = 25) in videoconferenza. In conclusione, gli istituti psichiatrici francesi sembrano aver impostato le loro risposte abbastanza rapidamente, spesso prima delle raccomandazioni nazionali su questo argomento.
--	--	--	--	--

Titolo, Autore/i, Anno, Tipo di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami)	Significatività	Risultati e conclusioni
Titolo: Ensuring mental health care during the SARS-CoV-2 epidemic in France: A narrative review Autori e anno: Chevance et al., 2020 Tipo di studio: Revisione della letteratura Obiettivo: Proporre una guida per garantire l'assistenza sanitaria mentale durante l'epidemia da SARS-CoV-2 in Francia attraverso la revisione delle attuali conoscenze relative all'assistenza medica dei pazienti con disturbi mentali in un contesto epidemico.	—	—	—	Nel contesto dell'epidemia di COVID-19 la psichiatria francese si trova in una situazione di riorganizzazione della propria offerta assistenziale. Per la psichiatria francese, la prima settimana di reclusione è stata una situazione di adattamento all'emergenza e le settimane successive sono state volte al coordinamento delle diverse figure che operano nell'ambito. A distanza dalla crisi sarà necessario passare ad una logica di preparazione a queste epidemie, assicurando che la psichiatria sia inclusa nella progettazione dei piani di emergenza, in particolare attraverso il coinvolgimento di psichiatri, direttori di istituti psichiatrici e altri componenti dei servizi.

Titolo, Autore/i, Anno, Tipo di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami)	Significatività	Risultati e conclusioni
Titolo: COVID-19 Pandemic: Impact on psychiatric care in the United States Autori e anno: Bojdani et al., 2020 Tipo di studio: Studio osservazionale Obiettivo: Fornire esempi di processi “come fare per” basati sulle attuali esperienze in prima linea e su ricerche di psichiatri. Informare i professionisti sulle linee guida nazionali che riguardano l'assistenza psichiatrica durante la pandemia e informare i politici e i sistemi sanitari sulle sfide, le esigenze di supporto finanziario e amministrativo per i medici psichiatri e i sistemi di salute mentale.	Campione: Non dichiarato Intervento: è stata eseguita una revisione di alcuni articoli della letteratura ed è stato somministrato un sondaggio informale a degli esperti in cui è stato chiesto di condividere le paure che erano state sperimentate o sentite da altri psichiatri.	—	—	Assistenza psichiatrica ambulatoriale: la fornitura di cure psichiatriche ambulatoriali si è evoluta per includere una serie di modalità virtuali. Assistenza psichiatrica al pronto soccorso: i pronto soccorso della comunità stanno registrando un aumento delle visite psichiatriche, probabilmente perché è più difficile per i pazienti entrare in contatto con i loro terapeuti o psichiatri. Per ridurre i rischi sia per i pazienti che per il personale, molte consulenze e valutazioni possono essere condotte tramite visite telefoniche. Assistenza psichiatria ospedaliera: l'attuazione di misure di prevenzione può essere una sfida perché parte del trattamento include tradizionalmente uno stretto contatto (frequente monitoraggio della sicurezza, sessioni di terapia di gruppo). La pianificazione di emergenza include: precauzioni per le malattie (screening, re-screening, dispositivi di protezione individuale, uso di indumenti designati, pulizia delle superfici e disinfezione); limitazione dei visitatori e minimizzazione dei contatti non essenziali; adeguamenti operativi (creazione di stanze di isolamento nei reparti di ricovero psichiatrico, inasprimento dei criteri di ricovero psichiatrico); modifiche alla terapia di gruppo (limitando il numero di partecipanti, utilizzando il distanziamento fisico).

Titolo, Autore/i, Anno, Tipo di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami)	Significatività	Risultati e conclusioni
Titolo: Role of the Telemental Health Services During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review Autori e anno: Ali et al., 2021 Tipo di studio: Revisione sistematica Obiettivo: Evidenziare il ruolo dei servizi di teleassistenza sanitaria durante la pandemia di COVID-19	Campione: 9 studi		—	Sono presentati degli studi che affermano l'efficacia, l'accettazione della telemedicina oltre che il riconoscimento del suo ruolo preventivo nei confronti del contagio.

Titolo, Autore/i, Anno, Tipo di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami)	Significatività	Risultati e conclusioni
Titolo: COVID-19 lockdown: A perfect storm for older people's mental health Autori e anno: Webb, 2021 Tipo di studio: Non dichiarato Obiettivo: Non dichiarato	—	—	—	Gli infermieri di salute mentale hanno un ruolo di promozione della salute attraverso l'advocacy e il sostegno diretto alla popolazione anziana che risulta essere particolarmente vulnerabile al lockdown. Gli infermieri di comunità e coloro che forniscono consulenza e linee di supporto possono rispondere agli effetti dell'ansia aumentata. Oltre a supportare strategie pratiche di connessione sociale, gli approcci di base della terapia cognitivo-comportamentale per riformulare le concezioni di sé e promuovere un dialogo interiore positivo possono aumentare la resilienza e invertire l'effetto dell'ansia provocata.

Articoli relativi al secondo quesito: “I cambiamenti avvenuti nell’assistenza infermieristica di salute mentale hanno generato delle modificazioni dei comportamenti e della psicopatologia?”

Titolo, Autore/i, Anno, Tipo di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami)	Significatività	Risultati e conclusioni
Titolo: Characteristics and Outcomes of Psychiatric Inpatients With Severe Mental Illness and COVID-19 Autori e anno: Yalçın et al., 2021 Tipo di studio: Caso-controllo prospettico Obiettivo: Descrivere le caratteristiche e gli esiti dei pazienti psichiatrici con malattie mentali e COVID-19 ricoverati in un reparto psichiatrico acuto specifico per COVID-19	Campione: 21 pazienti psichiatrici con COVID-19 Sesso: maschi (18 pazienti), femmine (3 pazienti) Età media: 38 anni Gruppo di confronto: 42 pazienti (36 maschi e 6 femmine) Intervento: Non dichiarato	La gravità della malattia mentale dei pazienti è stata valutata per i disturbi dello spettro psicotico e il disturbo bipolare tramite la scala della sindrome positiva e negativa (PANSS). Scala di valutazione della giovane mania (YMRS).	Un valore $p < 0,05$ è stato considerato significativo. Nessuna differenza statisticamente significativa è stata trovata tra i gruppi in termini di punteggi PANSS al ricovero e alla dimissione ($p = 0,16$ e $p = 0,55$, rispettivamente). Il gruppo COVID-19 alla dimissione aveva punteggi YMSR più alti, nonostante ciò la differenza non era significativa per l'ammissione o la dimissione ($p = 0,84$ e $p = 0,65$, rispettivamente). Tra i pazienti COVID-19 con disturbi dello spettro psicotico ($n = 17$), due (12%) hanno avuto un miglioramento inferiore al 25%, sei (35%) hanno avuto un miglioramento nell'intervallo dal 25% al 49% e nove (53%) ha avuto un miglioramento superiore al 50% nei punteggi PANSS. Tra i pazienti COVID-19 con disturbi bipolari ($n = 4$), tutti hanno avuto un miglioramento superiore al 50% nei punteggi YMRS.	I pazienti psichiatrici acuti ricoverati con COVID-19 erano principalmente uomini di mezza età con disturbi dello spettro psicotico. Il tasso di malattie mentali di nuova insorgenza era relativamente più alto. I sintomi psichiatrici più comuni erano mancanza di insight, aggressività verbale/fisica, disturbi del sonno e deliri paranoici e sintomi affettivi. La maggior parte del gruppo COVID-19 ha avuto buoni risultati per quanto riguarda l'infezione le malattie psichiatriche durante il ricovero. I pazienti ricoverati con diagnosi di COVID-19 hanno avuto alti tassi di ricaduta alla valutazione al terzo e al sesto mese dopo la dimissione.

Titolo, Autore/i, Anno, Tipo di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami)	Significatività	Risultati e conclusioni
Titolo: Epidemiology, Infection Prevention, Testing Data, and Clinical Outcomes of COVID-19 on Five Inpatient Psychiatric Units in a large Academic Medical Center Autori e anno: Li et al., 2021 Tipo di studio: Studio di coorte retrospettivo Obiettivo: Descrivere l'epidemiologia, le strategie di prevenzione delle infezioni e gli esiti successivi, compreso il contenimento riuscito di un focolaio in cinque unità psichiatriche.	Campione: 964 partecipanti Sesso: 499 maschi, 465 femmine Età media: 33 anni Gruppo di confronto: Non presente Intervento: I pazienti e gli operatori sono stati testati per SARS-CoV-2 attraverso campioni di tampone nasofaringeo (SARS-CoV-2 RT-qPCR) sulla base di presentazione di sintomi (temperatura corporea >38 gradi, dispnea, anosmia e disgeusia) ed esposizione (interazione con una persona a meno di due metri per più di 15 minuti senza dispositivi di protezione individuale). I pazienti e gli operatori sono stati trattati secondo le linee guida del Yale New Haven Hospital (YNHH) per il controllo delle infezioni.	—	Durante il periodo di studio di 17 settimane l'unità di psichiatria COVID-19 ha ricoverato 15 pazienti, 9 con disturbi dell'umore (60,0%), 3 con disturbi psicotici (20,0%), 1 con disturbo dell'infanzia (6,7%), 1 con disturbo correlato a sostanze (6,7 %) e 1 con un disturbo classificato come altro (6,6%). Tra i 964 individui della coorte, sono stati eseguiti 1035 test e 61 (5,9%) sono risultati positivi.	Il test COVID-19 è stato eseguito per una serie di motivi, tra cui: contagio sospetto, test per il trasferimento in un'altra struttura, test di pre-ricovero, test di pre-trasferimento (dalla medicina ospedaliera alla psichiatria ospedaliera). Al momento del ricovero, i pazienti dovevano essere asintomatici da almeno 3 giorni e non necessitare di ossigeno o terapia respiratoria, non avere comorbidità mediche a causa della limitata capacità di un'unità di psichiatria di rispondere alle emergenze mediche. Tutti i pazienti risultati positivi sono stati fisicamente collocati in una singola unità di psichiatria. I risultati mostrano che i pazienti sono stati assistiti in sicurezza durante il periodo di studio con una bassa trasmissione di SARS-CoV-2 in unità di pazienti psichiatrici.

Titolo, Autore/i, Anno, Tipo di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami)	Significatività	Risultati e conclusioni
Titolo: The Early Impact of the COVID-19 Pandemic on Acute Care Mental Health Services Autori e anno: Abbas et al., 2021 Tipo di studio: Osservazionale retrospettivo Obiettivo: Esplorare gli effetti del COVID-19 e le misure di lockdown adottate in Inghilterra sui pazienti con malattie mentali acute	Campione: 63 partecipanti Sesso: 38 maschi, 25 femmine Età media: 43,2 anni Gruppo di confronto: 80 pazienti, di cui 37 maschi e 43 femmine Intervento: Sono stati analizzati i ricoveri ospedalieri nei reparti per adulti acuti presso il Leicester Partnership National Health Service Trust, una comunità di salute mentale nel Regno Unito. Sono stati analizzati inoltre i rinvii al team di risoluzione delle crisi e di trattamento domiciliare (CHRT). Le caratteristiche demografiche e cliniche dei pazienti ricoverati durante il periodo di COVID-19 sono state confrontate con quelle di coloro che sono stati ricoverati durante il periodo di controllo 2019. I dati sono stati raccolti da un database elettronico di attività cliniche e da un sistema di cartelle cliniche elettroniche (contengono delle sezioni con all'interno note di ammissione e moduli di diagnosi).	—	$p \leq 0,05$ è stato ritenuto statisticamente significativo. Le diagnosi al ricovero ($p=0,01$) differivano tra i pazienti ricoverati durante il periodo di controllo 2019.	I rinvii CRHT e i ricoveri ospedalieri al BMHU erano entrambi inferiori durante il periodo COVID-19 rispetto ai periodi di controllo di circa il 12% e il 20% rispettivamente. L'età, il sesso non differivano tra i due gruppi, né la percentuale di pazienti con un precedente ricovero ospedaliero. Durante il periodo COVID-19, i cluster psicotici erano significativamente più comuni. Durante il COVID-19 la maggior parte dei ricoveri è stata obbligatoria e la percentuale di pazienti considerati a rischio di aggressione era più alta. La paura o l'ansia legate al COVID-19 ($N=22$, 35%) e gli effetti delle misure del lockdown come l'isolamento sociale e l'interruzione del lavoro o degli studi ($N=8$, 13%), sono stati registrati come fattori precipitanti per queste ammissioni.

Titolo, Autore/i, Anno, Tipo di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami)	Significatività	Risultati e conclusioni
Titolo: The Attitude towards Preventive Measures and Knowledge of COVID-19 Inpatients with Severe Mental Illness in Economically Underdeveloped Areas of China Autori e anno: Zhu et al., 2021 Tipo di studio: Osservazionale trasversale Obiettivo: Esaminare l'atteggiamento e la conoscenza dei pazienti con SMI (serious mental illness) ospedalizzati nei confronti dell'infezione da COVID-19	Campione: 925 pazienti Sesso: 616 maschi, 309 femmine Età: 18-59 anni Gruppo di confronto: Non presente Intervento: Somministrazione di un questionario comprendente dieci domande "Vero/Falso". Punteggi più alti indicano una migliore conoscenza del COVID-19.	—	Il livello di significatività è stato fissato come $p < 0,05$. L'essere sposati ($p = 0,028$) e l'avere un livello d'istruzione superiore ($p = 0,012$) era associato a maggiori probabilità di avere un atteggiamento positivo nei confronti delle misure anti COVID-19.	Il coniuge dei pazienti può incoraggiare i pazienti a mantenere comportamenti e stili di vita sani e motivarli ad adottare misure preventive durante l'epidemia di malattie infettive.

Titolo, Autore/i, Anno, Tipo di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami)	Significatività	Risultati e conclusioni
Titolo: Psychiatric inpatients' views of their mental health, and their experience of social change, during the pandemic: A report from Qatar Autori e anno: Badanapurkar et al., 2022 Tipo di studio: Osservazionale trasversale Obiettivo: Valutare le opinioni dei pazienti psichiatrici in merito alla loro salute mentale e all'esperienza del cambiamento sociale durante la pandemia	Campione: 114 partecipanti Sesso: 62 maschi, 48 femmine, 4 non hanno specificato Età media: < 30 anni: 58 pazienti >30 anni: 49 pazienti 7 pazienti non hanno specificato l'età Gruppo di confronto: Non presente Intervento: è stato somministrato un questionario costituito da 11 domande	Likert scale a 5 punti (per rispondere alla domanda "Pensi che il coronavirus e il lockdown abbiano influito sulla tua salute mentale?"")	Il livello di significatività è stato fissato a <0,05. Una percentuale più elevata di coloro che hanno riferito di prestare minore attenzione alla propria salute mentale ($p = 0,014$) e che hanno riferito un aumento dello stress lavorativo ($p = 0,029$) erano più giovani (cioè di età pari o inferiore a 30 anni rispetto a quelli di età superiore a 30 anni).	Quasi la metà (43,0%, $n = 49$) ha riferito che la pandemia e il lockdown avevano portato ad un deterioramento della propria salute mentale. Le opinioni degli intervistati sui cambiamenti sociali che hanno vissuto durante la pandemia includevano attività legate allo stile di vita, legate alla salute mentale (prestare attenzione alla salute mentale e al tempo trascorso a riposare, rilassarsi), potenziali fattori di stress (stress sul lavoro, casa, denaro) e cambiamenti nel supporto sociale e nelle interazioni (supporto da parte di amici o familiari, essere in grado di discutere di emozioni/sentimenti con amici o familiari). Nella maggior parte dei domini, circa 1/3 ha riportato un cambiamento vantaggioso, 1/3 un cambiamento negativo e 1/3 nessun cambiamento.

Titolo, Autore/i, Anno, Tipo di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami)	Significatività	Risultati e conclusioni
Titolo: Psychological distress in patients with serious mental illness during the COVID-19 outbreak and one-month mass quarantine in Italy Autori e anno: Iasevoli et al., 2021 Tipo di studio: Osservazionale caso - controllo Obiettivo: Esaminare la gravità dei sintomi percepiti di stress, ansia, depressivi e psicotici correlati a COVID-19 in pazienti con gravi malattie mentali, in loro parenti e in soggetti non psichiatrici dopo un mese di lockdown.	Campione: 205 pazienti psichiatrici, 51 parenti di primo grado Sesso: Non dichiarato Età: Non dichiarata Gruppo di confronto: 205 pazienti non psichiatrici Intervento: Sono stati somministrati il questionario sulla salute del paziente (PHQ-9), e il questionario sull'esperienza psicotica (SPEQ).	Scala dello stress percepito (PSS), scala del disturbo d'ansia generalizzato (GAD-7).	I pazienti con malattie mentali gravi avevano uno status economico inferiore ($p < 0,0001$) e tassi più elevati di malattie mediche concomitanti ($p = 0,001$).	I pazienti avevano punteggi medi significativamente più alti rispetto ai partecipanti non psichiatrici sulla scala dello stress percepito (PSS), sulla scala del disturbo d'ansia generalizzato (GAD-7), sul questionario sulla salute del paziente (PHQ-9) e sul questionario sull'esperienza psicotica specifica (SPEQ). L'effettivo stress percepito dall'epidemia di COVID-19 e dalle restrizioni del lockdown sembra essere un mediatore dell'aumento del rischio di soffrire di grave ansia nei pazienti con gravi malattie mentali.

Titolo, Autore/i, Anno, Tipo di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami)	Significatività	Risultati e conclusioni
Titolo: Phone-based outpatients' follow-up in mental health centers during the COVID-19 quarantine Autori e anno: Gentile et al., 2022 Tipo di studio: Osservazionale Obiettivo: Descrivere i risultati del follow-up telefonico condotto durante il lockdown in due grandi bacini psichiatrici (in Italia e in Paraguay).	Campione: 110 partecipanti Sesso: maschi e femmine Età: 18-65 anni Gruppo di confronto: Non presente Intervento: i pazienti hanno ricevuto un follow-up telefonico	Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A: punteggio dell'ansia, 'assenza' [<7], 'lieve' [8–17], "moderato" [18–24], "grave" [>25]) Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D: punteggio della depressione, "lieve" [8–17], "moderato" [18–24], 'grave' [≥ 25]) Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) a 18 voci è stata utilizzata per valutare la psicopatologia generale Impact of Event Scale – Revised è un self-report di 22 item, validato in italiano e spagnolo (per il Paraguay), del disagio causato da un evento traumatico: il punteggio totale varia da normale (0–23), lieve (24–32), moderato (33–36) stress. Inoltre, sono state rilevate le emozioni prevalenti tra serenità, ottimismo, paura, speranza, pessimismo, rabbia.	I risultati sono considerati statisticamente significativi con un valore $p < 0,05$. Fattori significativamente associati all'aumento dello stress dei pazienti correlato al lockdown da COVID-19 sono: aumento dei livelli di psicopatologia generale ($p = 0,0004$), aumento dei livelli di ansia ($p = 0,006$), necessità di modificare i trattamenti psichiatrici in corso ($p = 0,0010$), prevalenti emozioni di paura ($p = 0,0002$).	I risultati hanno confermato un impatto atteso della quarantena COVID-19 sulla salute mentale dei soggetti affetti da disturbi mentali preesistenti. Sono stati riscontrati, come previsto, anche un aumento significativo della psicopatologia generale e dell'ansia, nonché una prevalente emozione di paura. I risultati confermano l'utilità della tele-psichiatria per una corretta valutazione e il follow-up ambulatoriale.

Titolo, Autore/i, Anno, Tipo di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami)	Significatività	Risultati e conclusioni
Titolo: A quantitative and qualitative study on the neuropsychiatric sequelae of acutely ill COVID-19 inpatients in isolation facilities Autori e anno: Tam et al., 2020 Tipo di studio: Metodi misti Obiettivo: Esaminare le sequele neuropsichiatriche di pazienti acuti con infezione da COVID-19 che hanno ricevuto cure nei reparti di isolamento in vari ospedali a Chongqing in Cina, durante la pandemia.	Campione: 10 pazienti Sesso: 6 maschi, 4 femmine Età media: 37,4 anni Gruppi di confronto: gruppo di confronto 1: 10 partecipanti psichiatrici gruppo di confronto 2: 10 partecipanti non psichiatrici non affetti SARS-CoV-2 Intervento: somministrazione di un questionario per la componente quantitativa dello studio. Sono stati raccolti dati demografici, sintomi fisici e stato di salute fisica autovalutato negli ultimi 14 giorni. Sono state effettuate delle interviste per la componente qualitativa.	Scala IES-R (Impact of Event Scale-Revised) Scala DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scale) Insomnia Severity Index (ISI)	Il livello di significatività è stato fissato a $p < 0,05$. Una percentuale maggiore di pazienti COVID-19 (50%) rispetto agli altri due gruppi ha avuto un impatto psicologico di gravità almeno lieve e superiore in linea con i sintomi clinicamente significativi del PTSD, come indicato dal punteggio per quanto riguarda il parametro di discriminazione, Il punteggio secondario dello stress DASS-21 era più alto per i pazienti COVID-19 che per i pazienti psichiatrici (9,2 vs 7,8). Tutti e tre i valori del p-value erano comunque insignificanti. Per quanto riguarda la qualità del sonno, una percentuale maggiore di pazienti COVID-19 (50%) ha riportato insonnia rispetto ai pazienti psichiatrici (30%) e ai controlli sani (0%) e questa differenza era statisticamente significativa ($p = 0,039$).	L'impatto psicologico misurato utilizzando la scala IES-R, ha rivelato che i pazienti COVID-19 avevano un punteggio medio più alto rispetto ai pazienti psichiatrici e ai controlli sani sebbene non vi fosse alcuna differenza significativa. Tutti i pazienti hanno riferito che l'infezione da COVID-19 è stato un importante evento di stress per loro. Questo stress era dovuto in particolare all'elevata infettività e alla potenziale letalità dell'infezione virale. Disturbi emotivi (stati d'ansia e depressivi, stress, insonnia) si sono verificati nei pazienti. Le lunghe ore trascorse da soli in un ambiente chiuso con la loro libertà limitata possono aver portato a una sensazione di isolamento, noia e umore depresso.

Titolo, Autore/i, Anno, Tipo di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami)	Significatività	Risultati e conclusioni
Titolo: COVID-19 and Severe Mental Illness: Impact on patients and its relation with their awareness about COVID-19 Autori e anno: Muruganandam et al., 2020 Tipo di studio: Osservazionale trasversale Obiettivo: Determinare l'impatto del COVID-19 su dei pazienti con malattia mentale. Esaminare l'impatto sul loro stato di malattia e la compliance al trattamento. Studiare l'associazione tra dati demografici (età, sesso, livello di alfabetizzazione, stato socioeconomico, supporto sociale) e variabili psicologiche (diagnosi psichiatrica, stato di malattia).	Campione: 132 pazienti Sesso: femmine (52,3%), uomini (47,7%) Età media: 33,9 anni Comorbilità: Diabete mellito (9,1%), ipertensione sistemica (9,1%), ipotiroidismo (5,3%), malattia coronarica (0,8%) Gruppo di confronto: Non presente Intervento: È stata effettuata un'intervista telefonica con la valutazione del caregiver sullo stato di malattia attuale del paziente, seguita poi dalla valutazione del paziente per altri 10 minuti.	Questionario a domande aperte che indagano la conoscenza sui sintomi di COVID-19, necessità di quarantena, precauzioni, modalità di diffusione.	L'età più giovane (correlazione debole = 0,01), un maggiore livello di istruzione ($p < 0,001$), uno stato socioeconomico più elevato ($p < 0,001$) e livelli aumentati di supporto sociale percepito ($p < 0,001$) erano associato a punteggi di conoscenza significativamente più alti nei partecipanti.	Il 72% dei pazienti non avevano una conoscenza adeguata dei sintomi e delle misure precauzionali (64%) su COVID-19. Il 22% dei pazienti hanno interrotto i loro farmaci psichiatrici a causa della non disponibilità di essi e di professionisti di salute mentale, mancanza di trasporto (a causa della rigida applicazione del lockdown) e mancanza di collaborazione secondaria a ricaduta dei sintomi psichiatrici. Il 28% hanno espresso sentimenti di aggressività fisica nei confronti dei loro caregiver. Il 63,6% hanno riferito di aver subito aggressioni verbali e fisiche da parte di altri. Il 45,5% hanno percepito un supporto sociale inadeguato durante questo periodo. Si raccomanda: 1) necessità di creare un programma di sensibilizzazione sulla pandemia di COVID-19 2) programmare un intervento psichiatrico continuo utilizzando la tele-psichiatria e potenziare il loro supporto sociale utilizzando i servizi di salute mentale della comunità durante la pandemia 3) presenza in futuro di un protocollo standard sulla gestione dei pazienti con malattie mentali durante una pandemia.

Titolo, Autore/i, Anno, Tipo di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami)	Significatività	Risultati e conclusioni
Titolo: The effect of the March 2020 COVID-19 lockdown on national psychiatric contacts in Denmark: An interrupted time series analysis Autori e anno: Hansen et al., 2021 Tipo di studio: Analisi di serie temporali interrotte Obiettivo: Indagare l'impatto dell'evento del lockdown danese sul contatto dei pazienti psichiatrici con il sistema sanitario, stratificato per tipologia (face-to-face o virtuale) e diagnosi ICD-10 (Classificazione Statistica Internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati).	Campione: 1.796.831 contatti	—	Il numero di contatti virtuali è aumentato significativamente di 3,3 volte, durante il lockdown ($p = 0,0004$). I pazienti adulti affetti da disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto (F60–F69) hanno avuto una significativa diminuzione dei contatti durante il blocco. Questo gruppo di pazienti ha avuto un numero totale di contatti ridotto durante il lockdown ($p = 0.017$).	La tipologia dei contatti tra professionista e paziente è cambiata radicalmente durante l'evento del lockdown. Entro una settimana dall'inizio del lockdown, l'assistenza è iniziata ad essere fornita con la telepsichiatria. La diminuzione dei contatti settimanali per alcuni pazienti potrebbe essere ricondotta a delle problematiche legate all'assistenza tramite telepsichiatria. Vanno indagate con ulteriore ricerca.

Titolo, Autore/i, Anno, Tipo di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami)	Significatività	Risultati e conclusioni
Titolo: Mental health services for mood disorder outpatients in Milan during COVID-19 outbreak: The experience of the health care providers at San Raffaele hospital Autori e anno: Franchini et al., 2020 Tipo di studio: Osservazionale Obiettivo: Descrivere una sorveglianza telefonica su 101 pazienti psichiatrici ambulatoriali a Milano per valutare le reazioni alle misure del lockdown e la presenza di fattori di stress da quarantena.	Campione: 101 partecipanti Sesso: 36 maschi, 65 femmine Età media: 61,9 anni Gruppo di confronto: Non presente Intervento: È stato somministrato tramite consultazione telefonica da parte dello psichiatra un questionario di valutazione riguardante fattori di stress emotivi (paura di infettarsi, frustrazione per le restrizioni, adeguatezza delle informazioni, preoccupazioni finanziarie), esperienza spiacevoli durante il lockdown (disturbi del sonno, ansia, aumento del dosaggio di ansiolitici e/o ipnotici) e soddisfazione per il questionario stesso.	Ogni elemento del questionario è stato valutato come presente, assente o senza risposta. Se presente, la gravità è stata valutata su una scala Likert.	Lo stato occupazionale era significativamente associato negativamente a frustrazione (beta -0,23), somatizzazione (beta -0,34), ansia psichica (beta -0,20) e umore basso (beta -0,21); l'età era significativamente associata negativamente con ansia psichica (beta -0,27), preoccupazioni finanziarie (beta -0,19).	Il 76% dei pazienti ha riportato frustrazione a causa delle restrizioni, il 53,5% paura per l'infezione, 45,5% preoccupazioni finanziarie, 44,5% ansia psichica, 40,6% umore basso.

Titolo, Autore/i, Anno, Tipo di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami)	Significatività	Risultati e conclusioni
Titolo: Urgent Psychiatric Consultations at Mental Health Center during COVID-19 Pandemic: Retrospective Observational Study Autori e anno: Di Lorenzo et al., 2021 Tipo di studio: Osservazionale retrospettivo Obiettivo: Confrontare le consultazioni psichiatriche urgenti (UPC) eseguite presso l'ambulatorio del centro di salute mentale (MHC) di Modena durante la pandemia da COVID-19 (dal 1° marzo al 31 agosto 2020) con lo stesso periodo del 2019, indagando i cambiamenti qualitativi e quantitativi che si sono verificati.	Campione: 488 pazienti (periodo marzo-agosto 2020) Sesso: 220 maschi, 268 femmine Età media: 48 anni Gruppo di confronto: Periodo marzo-agosto 2019: 196 maschi, 229 femmine. Età media: 46 anni	—	Il livello di significativà statistica è stato fissato a $p < 0,05$.	Nel 2020 abbiamo segnalato un aumento dei sintomi depressivi (26%). Il numero di consultazioni giornaliere è significativamente più alto nel 2020 rispetto al 2019. Nel 2020 le consulenze telefoniche sono state cinque volte superiori rispetto al 2019 (126 vs 25) al fine di ridurre il rischio di trasmissione del contagio. Nel 2020 la maggior parte delle UPC è stata richiesta da pazienti già curati e assistiti dal servizio ambulatoriale rispetto al 2019 (86% vs 79%).

Titolo, Autore/i, Anno, Tipo di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami)	Significatività	Risultati e conclusioni
Titolo: Tele-Mental Health Utilization Among People with Mental Illness to Access Care During the COVID-19 Pandemic Autori e anno: Costa et al., 2021 Tipo di studio: Metodi misti Obiettivo: Indagare gli effetti della pandemia da COVID-19 sui pazienti psichiatrici attraverso un sondaggio online effettuato da ForLikeMinds (una comunità di supporto online dedicata al recupero e al benessere delle persone che convivono o supportano qualcuno con malattie mentali o eventi della vita stressanti).	Campione: 381 partecipanti Sesso: maschi (15%), donne (85%) Età: Non dichiarata Gruppo di confronto: Non presente Intervento: È stato somministrato un sondaggio sulla resilienza e sulla tele-mental health composto da 11 domande a risposta multipla e una domanda aperta.	—	La significatività è stata stabilita ad un livello $p < 0,05$. C'è stata una correlazione da moderata a forte tra le variabili che riguardavano il come ci si sentiva di fronte al trattamento della tele mental-health e il modo in cui le persone sentivano di affrontare la pandemia.	Il 47% ha affermato che stava lottando per stare bene. Le condizioni più probabili che si verificassero insieme erano ansia e disturbo depressivo maggiore. Il 51% ha affermato che era peggiorata la sua salute mentale con l'avvento della pandemia. Per quanto riguarda il supporto per la salute mentale ricevuto, il 12% ha affermato che si è interrotto dopo l'inizio della pandemia, il 30% ha affermato che era diminuito, il 42% ha affermato era rimasto invariato e per il 16% il supporto era effettivamente aumentato. Questa indagine offre l'opportunità di riflettere sull'importanza di costruire strategie innovative per creare un'alleanza con le persone che necessitano di cure attraverso la teleassistenza sanitaria.

Titolo, Autore/i, Anno, Tipo di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami)	Significatività	Risultati e conclusioni
Titolo: Online mental health care during the COVID-19 pandemic Autori e anno: Da Cruz Guedes et al., 2022 Tipo di studio: Osservazionale retrospettivo Obiettivo: Identificare utenti, servizi e ragioni per cercare assistenza sanitaria mentale online durante la pandemia di COVID-19	Campione: 159 partecipanti Sesso: 17 maschi, 142 femmine Età: 18-28 anni: 36 pazienti 29-39 anni: 32 pazienti 40-59 anni: 85 pazienti 60 o più anni: 6 pazienti Gruppo di confronto: Non presente Intervento: Sono state analizzate le cartelle cliniche elettroniche in cui sono stati registrati gli appuntamenti svolti online tra aprile e luglio 2020.	—	—	Attraverso questo studio è stato possibile identificare gli accessi alla chat di ascolto tra il 13 aprile, primo giorno di presenza, e il 13 luglio 2020, per un totale di 258 accessi. Oltre l'89% degli accessi erano donne, prevalentemente la fascia di età dai 40 ai 59 anni (n = 85; 60,11%). Per quanto riguarda le principali risposte emotive e lamentele presentate dagli host nella chat, l'ansia, paura e depressione erano quelle più presenti. Questo studio sottolinea la necessità di aumentare la consapevolezza degli operatori sanitari sull'utilità degli interventi di salute mentale online, nonché gli investimenti in quest'area durante la formazione accademica in particolare degli infermieri perché si tratta di professionisti presenti e che lavorano in diversi servizi sanitari.