

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

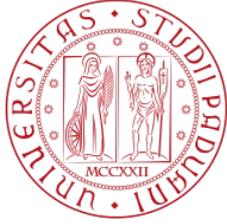
Corso di Laurea in Infermieristica

**ANSIA E ATTACCHI DI PANICO
NEGLI INFERMIERI
DOPO LA PANDEMIA SARS-CoV-2:
UNA REVISIONE DI LETTERATURA**

Relatore: Dottoressa Chinellato Ilenia

Laureanda: Fasan Maddalena
(matricola 2015096)

Anno Accademico 2022 – 2023



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**ANSIA E ATTACCHI DI PANICO
NEGLI INFERMIERI
DOPO LA PANDEMIA SARS-CoV-2:
UNA REVISIONE DI LETTERATURA**

Relatore: Dottoressa Chinellato Ilenia

Laureanda: Fasan Maddalena
(matricola 2015096)

Anno Accademico 2022 – 2023

ABSTRACT

Introduzione: La pandemia COVID-19 ha messo in discussione il benessere psico – fisico degli operatori sanitari ed in particolare del personale infermieristico.

Di fronte ad una crisi prolungata come la pandemia, la sostenibilità della risposta sanitaria verte anche sulla capacità di salvaguardare la salute degli operatori sanitari.

Obiettivo: Analizzare se, a seguito della Pandemia SARS-CoV-2, sono aumentati gli episodi di Disturbi d'Ansia e di Panico tra gli infermieri, se esistono dei fattori di rischio e delle strategie di gestione di tale situazione.

Materiali e metodi: E' stata condotta una revisione di letteratura attraverso la consultazione di banche dati come *PubMed* e *MedLine*, *Cinahl*, *Cochrane*, *UpToDate*.

Risultati: Sono stati selezionati 22 articoli, tra cui 5 revisioni sistematiche, 10 studi trasversali, 2 studi longitudinali, 2 studi osservazionali, 1 studio quantitativo, 1 studio qualitativo e 1 studio multicentrico.

Conclusioni: La Pandemia COVID-19 ha provocato un aumento dei Disturbi d'Ansia e di Panico nella popolazione infermieristica. Secondo la revisione sistematica e meta-analisi di Saragih et al, 2021, più di un quarto di operatori sanitari che hanno lavorato durante la Pandemia COVID-19 ha sviluppato tali problemi di salute mentale.

I fattori di rischio che predispongono l'insorgenza sono legati a caratteristiche individuali come l'età superiore ai 31 anni ed il sesso femminile, uniti a fattori legati al contesto lavorativo come setting che prevedono la gestione diretta del paziente affetto da COVID-19, orari lavorativi prolungati e avere un'esperienza lavorativa inferiore ai 3 anni.

La gestione dei Disturbi d'Ansia e di Panico può includere trattamenti non farmacologici che prevedono l'utilizzo di terapie cognitivo comportamentali che il professionista può mettere in atto attraverso l'educazione, l'autocontrollo, esercizi di respirazione, rilassamento muscolare, la ristrutturazione cognitiva e la prevenzione delle ricadute.

Offrire opportunità di supporto agli operatori risulta fondamentale unito ad un continuo e costante monitoraggio del benessere del personale per garantire qualità degli interventi assistenziali e sostegno al Sistema Sanitario Nazionale.

Keywords: anxiety, anxiety disorders, panic disorders, panic attacks, healthcare personnel, pandemic, COVID-19

Parole chiave: ansia, disturbi d'ansia, disturbi di panico, attacchi di panico, personale sanitario, pandemia, COVID-19.

Sommario	
INTRODUZIONE	3
CAPITOLO 1: La salute mentale	5
1.1 Panoramica sulla salute mentale nel mondo	5
1.2 Il Disturbo d'Ansia Generalizzata	8
1.2.1 Epidemiologia	8
1.2.2 Caratteristiche e criteri per la diagnosi	8
1.3 L'attacco di panico e il Disturbo di Panico	9
1.3.1 Caratteristiche e criteri per la diagnosi	9
1.3.2 Epidemiologia	11
1.4 Scale di Valutazione per Disturbi d'Ansia Generalizzata e Disturbi di Panico	12
1.5 La Pandemia COVID-19	14
1.5.1 Pandemia COVID-19: l'impatto sugli operatori sanitari	16
CAPITOLO 2	19
2.1 Obiettivo della ricerca	19
2.2 Quesiti della ricerca	19
2.3 Disegno di studio	19
2.4 Strategie di ricerca	19
2.5 Criteri di selezione	21
2.6 Criteri di inclusione	22
2.7 Criteri di esclusione	22
CAPITOLO 3: Risultati	23
3.1 Aumento dei disturbi di salute mentale post pandemia	23
3.2 Fattori di rischio	27
3.3 Infermieri e salute mentale durante la pandemia	23

3.4 Strategie di gestione dei Disturbi d'Ansia e Disturbi di Panico	29
<i>CAPITOLO 4: Discussione</i>	35
<i>CAPITOLO 5: Conclusioni</i>	37
BIBLIOGRAFIA	39
ALLEGATI	47

INTRODUZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stabilisce il ruolo essenziale della salute mentale per la realizzazione sociale dell'individuo e del suo stato di salute complessivo. Evidenze indicano che i disturbi mentali, già oggi una delle principali fonti di sofferenza e di disabilità nel mondo, sono in progressivo aumento. [1]

Parlando in un'ottica globale, il SARS-CoV-2 ha avuto un importante impatto nel complesso della salute mentale delle persone. Le Nazioni Unite hanno descritto la pandemia COVID-19 come la più grande crisi dell'umanità dai tempi della Seconda Guerra Mondiale. [2][3]

L'epidemia di COVID-19 (*Corona Virus Disease*) è stata dichiarata emergenza sanitaria pubblica dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), in senso internazionale, nel gennaio 2020. Una gran parte della popolazione mondiale è rimasta principalmente confinata nella propria casa, a causa dei *lockdown* e delle strategie di isolamento implementate nella maggior parte dei paesi colpiti dal COVID-19 per prevenire un'ulteriore trasmissione della malattia.

Mancanza di fiato, senso di soffocamento, dolore al petto, paura di morire: a causa della pandemia di COVID-19, le menti delle persone sono state condizionate ad associare tali sintomi ad una forma grave di malattia. Essi sono anche comuni negli attacchi di panico, segno distintivo dei Disturbi di Panico, dove sintomi respiratori si presentano insieme ad altri sintomi di panico che sono principalmente di natura fisica. [4]

Questa imprevedibile e veloce diffusione del virus, ha provocato un'universale preoccupazione, ansia ed angoscia, che, in accordo con l'OMS, sono risposte psicologiche naturali a condizioni di cambiamento.

L'argomento è stato scelto poiché, durante e dopo la Pandemia SARS-CoV-2, i casi di attacchi di panico e di ansia sono stati nominati spesso, anche all'interno della popolazione degli operatori sanitari.

Gli infermieri sono figure che hanno vissuto questa esperienza in prima linea, e ciò ha portato ad un aumento di casi di *burn out*, Disturbi d'Ansia, Disturbi di Panico ed attacchi di panico.

Gli operatori sanitari hanno visto, negli ultimi 3 anni, cambiare radicalmente le loro vite ed il loro modo di lavorare, ancor più da vicino rispetto ad altre categorie di lavoratori: il ruolo dell'infermiere è essenziale in quanto, all'interno della rete della sanità pubblica, gli operatori sanitari hanno un rapporto di dialogo privilegiato con i cittadini, attraverso la relazione interpersonale. L'infermiere si fa rappresentante della promozione della salute della popolazione proprio attraverso la relazione che, durante la pandemia, è venuta a mancare. [5]

Fondamentale per gli infermieri è l'aver conoscenze e competenze tecnico scientifiche per poter fornire informazioni adeguate ed aggiornate ai pazienti, anche per affrontare paure, dubbi ed ansie di questi; [5] ciò non è stato possibile durante la Pandemia proprio perché il SARS-CoV-2 era un virus sconosciuto.

Anche l'empatia e l'ascolto attivo per poter garantire un'adeguata assistenza infermieristica e un coinvolgimento del paziente sono aspetti che sono venuti a mancare durante la pandemia, in quanto si è sperimentato un sovraccarico di lavoro che non lasciava il tempo di costruire una relazione di cura. [5]

Ciò che gli operatori sanitari hanno sperimentato nel corso della pandemia è stato, oltre ad un sovraccarico di lavoro ed una mancata relazione interpersonale, anche la paura di tornare a casa dalle proprie famiglie, la difficoltà nel gestire emotivamente le numerose perdite di pazienti, che derivava anche dal fatto che l'aggravamento del paziente avveniva in tempi brevissimi, non permettendo un adeguato e specifico setting di cura.

Ciò che ha spinto alla scelta di tale argomento è proprio l'interesse nell'analizzare se dopo la Pandemia SARS-CoV-2 sono aumentati gli episodi di attacchi di panico e di ansia tra gli infermieri, se esistono dei fattori di rischio e delle strategie di gestione per fronteggiare tale situazione.

In questa tesi verrà ripercorsa la teoria riguardo i Disturbi d'Ansia, il Disturbo di Panico e l'attacco di panico in generale, l'epidemiologia di tale fenomeno a livello mondiale, europeo e nazionale, l'epidemiologia prima e dopo la pandemia da COVID-19.

CAPITOLO 1: La salute mentale

1.1 Panoramica sulla salute mentale nel mondo

La salute mentale costituisce un elemento essenziale del benessere complessivo, come indicato nella definizione di salute contenuta nella Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS): "La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità." La salute mentale viene definita come uno stato di benessere in cui una persona può realizzarsi a partire dalle proprie capacità, affrontare lo stress della vita di ogni giorno, lavorare in maniera produttiva e contribuire alla vita della sua comunità. Come gli altri aspetti della salute, può essere influenzata da vari fattori socio-economici che richiedono l'attuazione di approcci globali mediante strategie di promozione, prevenzione, trattamento e recupero. È essenziale adottare una gestione globale per affrontare queste influenze. [6]

Nel maggio 2012, la Sessantacinquesima Assemblea Mondiale della Sanità ha richiesto al Direttore generale di elaborare un "piano d'azione globale" per la salute mentale, con collaborazione di tutti gli Stati membri, che riguardasse servizi, politiche, legislazione, pianificazione, strategie e programmi rispetto la Salute Mentale. [6]

Il Piano d'azione globale per la salute mentale 2013-2020 (poi esteso, nel 2019, fino al 2030 [7]) si fonda sulle iniziative del Programma d'azione dell'OMS "Colmare le lacune nella salute mentale" (*mhGAP*), il cui obiettivo era quello di estendere l'accesso ai servizi di salute mentale nelle situazioni caratterizzate da risorse limitate. Questo Piano d'azione ha una portata globale e mira a fornire una guida per i piani d'azione a livello nazionale. Indipendentemente dalle risorse disponibili, il suo scopo è migliorare la risposta non solo del settore sanitario ma anche di altri settori coinvolti, proponendo strategie di promozione e prevenzione. Nel contesto di questo Piano d'azione, il termine "*disturbi mentali*" si riferisce ad una vasta gamma di disturbi mentali e comportamentali come definiti nella Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei problemi Sanitari Correlati (ICD-10). Questi includono condizioni che causano un notevole impatto sulla salute,

come i disturbi psicotici (esempio: schizofrenia), i disturbi dell'umore (disturbo bipolare I e depressione maggiore), disturbi d'ansia, anoressia e bulimia nervosa. [6,8]

L'obiettivo del Piano d'azione è quello di creare un mondo in cui la salute mentale sia riconosciuta, sostenuta e preservata. In questo modo, le malattie mentali vengono prevenute, e le persone affette da tali disturbi hanno accesso tempestivo a servizi sanitari e sociali di alta qualità, adeguati alle loro esigenze culturali, che favoriscano il processo di recupero. Questo consentirà loro di raggiungere il massimo benessere possibile e di partecipare pienamente alla vita sociale e professionale, senza essere oggetto di pregiudizi o discriminazioni. [6]

Il Piano d'azione si propone di promuovere il benessere mentale, prevenire i disturbi mentali, offrire cure, facilitare il processo di recupero, proteggere i diritti umani e ridurre la mortalità, la morbilità e la disabilità tra le persone affette da disturbi mentali. In questo contesto, il Piano d'azione definisce gli obiettivi seguenti:

1. Rafforzare la *leadership* e la *governance* nella gestione della salute mentale;
2. Fornire servizi di salute mentale e supporto sociale completi, integrati e territorialmente accessibili;
3. Attuare strategie di promozione e prevenzione della salute mentale;
4. Potenziare i sistemi informativi, la base scientifica e la ricerca in ambito di salute mentale.

Gli obiettivi generali stabiliti per ciascuno di questi punti forniscono un punto di riferimento per misurare il progresso ed i risultati ottenuti dagli Stati membri in relazione agli obiettivi globali, senza impedire la possibilità di fissare obiettivi più ambiziosi a livello nazionale. [6]

Per quel che riguarda i disturbi mentali e comportamentali, la schizofrenia è un disturbo psicotico i cui sintomi più comuni sono i deliri e le allucinazioni, ma anche apatia, anedonia, ritiro sociale. [9]

I Disturbi Bipolari, invece, sono caratterizzati da episodi depressivi alternati a periodi di sintomi maniacali, che possono comprendere euforia o irritabilità,

aumentata energia e iperattività, e altri sintomi come comportamenti impulsivi, diminuito bisogno di sonno, distraibilità. [10]

La Depressione Maggiore è un altro disturbo dell'umore, che si caratterizza per la presenza di soli episodi depressivi maggiori, singoli o ripetuti. Accusa maggior distacco dalla realtà e chiusura alle relazioni, con perdita di interesse nei confronti di tutte o quasi le attività. [11]

I Disturbi Alimentari, che comprendono anoressia e bulimia nervose, sono malattie complesse, determinate da condizioni di disagio psicologico ed emotivo, che quindi richiedono trattamento del problema alimentare in sé, ma anche della sua natura psichica. Possono manifestarsi in persone di diverse età, sesso, provenienza sociale, ma sono solitamente più comuni in giovani donne di età compresa tra i 15 ed i 25 anni. Esiste, da parte del paziente, un'ossessiva sopravvalutazione dell'importanza della propria immagine fisica, del proprio peso e corpo e della necessità di ottenere controllo completo su di esso.

Per ciò che concerne i Disturbi d'Ansia, invece, a questi appartengono sia le crisi d'ansia che gli stati permanenti d'ansia. L'ansia è uno stato di allarme, di marcata inquietudine e attesa affannosa di un pericolo imminente ed indefinibile, che si associa a sentimenti di incertezza e a vissuti di impotenza; è una "paura senza oggetto". [11]

Dei Disturbi d'Ansia fanno parte i Disturbi d'Ansia Generalizzata (DAG) e i Disturbi d'Attacco di Panico o Disturbi di Panico, che sono considerati disturbi d'ansia primari.

La sintomatologia clinica tipica sperimentata dai pazienti che soffrono di attacchi di panico, si può trovare per la prima volta nelle parole di Jacob Da Costa, nel 1871, che la definì come "*Sindrome dal cuore irritabile*", caratterizzata da un'attivazione del sistema neurovegetativo e cardiorespiratorio, in forma acuta ed inaspettata, in soggetti reduci da guerra, principalmente soldati.

Per quel che riguarda le origini del termine "*attacco di panico*", la letteratura scientifica conferisce al disturbo di panico un'autonomia diagnostica solamente a partire dal 1980, con la pubblicazione nel Manuale Diagnostico e

Statistico dei Disturbi mentali (DSM-3). Ad oggi, in tale manuale, la diagnosi si basa sugli aspetti della sintomatologia clinica e sulla frequenza statistica con cui i sintomi si presentano. [12]

Per ciò che concerne la diagnosi di Disturbi di Panico o attacchi di panico, bisogna chiarire che questo sentimento, il panico, può essere anche considerato fisiologico quando è in risposta ad un pericolo reale a cui il soggetto si avvicina.

Il panico patologico, anche chiamato "*crisi di panico*", si manifesta invece attraverso una reazione esagerata di natura psicofisiologica, con picchi di ansia acuta, incoerenti con il pericolo o il rischio correlato ad esso relativo alla situazione.

1.2 Il Disturbo d'Ansia Generalizzata

1.2.1 Epidemiologia

Il Disturbo d'Ansia Generalizzata (GAD) è uno dei più comuni disturbi mentali nell'ambito clinico e di popolazione, ed è associato ad un aumentato utilizzo dei servizi di cura.

La prevalenza negli Stati Uniti di tale disturbo, nel 2022, è stimata dal 2.7 al 3.1%, con una prevalenza durante tutta la vita dal 5.1 all'11.9%.

Una revisione di studi epidemiologici condotti in Europa, la *National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)* ([13][14]), ha constatato come nel 2022 la prevalenza oscillasse dal 1.7 al 3.4%, con una prevalenza di vita dal 4.3 al 5.9%. a livello mondiale, e si stima una prevalenza di vita e nell'arco di 1 anno, rispettivamente del 3.7 e dell'1.8%.

Inoltre, il disturbo è approssimativamente comune il doppio nel sesso femminile rispetto al sesso maschile. [15]

1.2.2 Caratteristiche e criteri per la diagnosi

Il Disturbo d'Ansia Generalizzata (GAD) è uno stato di apprensione ed ansia persistente, quasi quotidiano e per almeno 6 mesi, relativo ad una quantità di eventi o attività, come prestazioni lavorative oppure scolastiche. Questo si

esprime con irrequietezza, tensione anche muscolare, affaticabilità, irritabilità, difficoltà a concentrarsi e ricordare, disturbi del sonno. [11]

Nello specifico, i criteri diagnostici del DSM-5 per tale Disturbo sono: eccessiva ansia e preoccupazione, per più giorni e per almeno 6 mesi, relativo ad eventi o attività come performance scolastica o lavorativa; l'individuo trova difficoltà nel controllare la preoccupazione; l'ansia e la preoccupazione sono associati a 3 o più dei seguenti 6 sintomi (nei bambini, è richiesta la presenza di uno solo di questi sintomi per poter fare diagnosi): irrequietezza o sensazione di nervosismo, affaticarsi facilmente, difficoltà nella concentrazione, irritabilità, tensione muscolare, disturbi del sonno (difficoltà ad addormentarsi, insonnia, sonno irrequieto); l'ansia, preoccupazione o sintomi fisici causano disagio significativo clinicamente oppure compromissione nella sfera sociale o lavorativa; il disturbo non è attribuibile ad effetti psicologici legati all'assunzione di sostanze (abuso di droghe, farmaci) o altre condizioni mediche; il disturbo non è riconducibile ad altri disturbi mentali. Inoltre, poiché la maggior parte dei sintomi legati all'ansia non sono specifici per il GAD, è importante escludere altri disturbi d'ansia prima di fare diagnosi. [15][16]

1.3 L'attacco di panico e il Disturbo di Panico

1.3.1 Caratteristiche e criteri per la diagnosi

L'attacco di panico è un periodo ben definito, caratterizzato dall'improvvisa comparsa di intensa apprensione, malessere, paura o terrore, violenta ma breve, spesso associata a timore di morire, perdere il controllo o impazzire.

È una crisi improvvisa, che compare con picco massimo intorno ai dieci minuti e che ha durata inferiore all'ora.

Il Disturbo di Panico è il disturbo che comporta frequenti attacchi di panico, che determinano un'eccessiva preoccupazione per attacchi futuri o modifiche del comportamento, atte ad evitare determinate situazioni che potrebbero scatenare un attacco (Barnhill, 2020).

È un disturbo che può presentarsi anche con *agorafobia*, ovvero lo stato d'ansia che si verifica quando ci si trova in un luogo pubblico o affollato, una

situazione la cui potenziale fuga sarebbe difficile o per la quale l'aiuto per uscirne potrebbe non essere prontamente disponibile [17].

È spesso un disturbo disabilitante, che può presentare anche il fenomeno dell'*ansia anticipatoria*, una serie di pensieri che fanno credere al soggetto che si svilupperà un attacco di panico e che qualcosa di terribile potrà accadere durante quell'episodio.

Ciò fa conseguentemente evitare al soggetto determinate situazioni, luoghi o episodi in cui precedentemente aveva sviluppato l'attacco di panico, per paura di rivivere quella stessa sensazione; quindi il paziente con Disturbi di Attacchi di Panico può vedere ridotta la sua vita lavorativa e sociale.

Esistono alcuni criteri diagnostici per determinare il Disturbo da Panico. L'attacco di panico è vissuto attraverso un'improvvisa ed intensa paura o intenso malessere, durante il quale sono presenti almeno quattro dei sintomi fisici e psicologici elencati tra i criteri diagnostici nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5).

Tali sintomi sono palpitazioni, sensazione di cuore che batte forte o frequenza cardiaca elevata, sudorazione, tremori, dispnea, sensazione di soffocamento, dolore al petto o malessere, nausea, dolore addominale, vertigini, instabilità, stordimento, stanchezza, brividi di freddo, parestesie (intorpidimento o sensazione di formicolio), derealizzazione (sentimento di irrealtà), depersonalizzazione (sentirsi "staccati da sé stessi"), paura di perdere il controllo o impazzire, paura di morire.

Gli attacchi di panico possono presentarsi più volte al giorno oppure meno frequentemente, ovvero alcune volte durante l'anno intero. [18]

È da specificare il fatto che anche alcuni sintomi specifici, come emicrania, dolore al collo, urla e pianto incontrollabili, possono essere osservati negli attacchi di panico, ma non possono essere considerati tra i quattro sintomi determinanti per la diagnosi.

Inoltre, per confermare la diagnosi di Disturbo di Panico, almeno uno degli attacchi di panico è seguito da un mese o più di preoccupazione persistente rispetto all'avvenire di ulteriori attacchi di panico e loro conseguenze, un

significativo cambiamento per ciò che riguarda i comportamenti collegati agli attacchi.

Il disturbo non deve essere attribuibile agli effetti fisiologici indotti dal consumo di sostanze o altre condizioni mediche.

Il disturbo, infine, non è riconducibile ad un altro disturbo mentale. [19]

1.3.2 Epidemiologia

Secondo quanto affermato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel 2019 1 persona su 8, ovvero 970 milioni di persone nel mondo, vivevano con un disturbo mentale diagnosticato, con Disturbi d'Ansia e Depressione tra i più comuni.

Nel 2020, il numero di persone con Disturbi d'Ansia e Depressione é aumentato significativamente a seguito della pandemia COVID-19. Le stime iniziali dimostrano un incremento del 26% e del 28% rispettivamente per ansia e depressione maggiore in solo un anno. [10]

Per quel che riguarda i disturbi bipolari, nel 2019 40 milioni di persone soffrivano di tale disturbo. 24 milioni di persone erano affette da schizofrenia, 14 milioni da disturbi dell'alimentazione, 40 milioni di persone da disturbi del comportamento. [10,20]

Per ciò che concerne Depressione e Ansia, rispettivamente 280 milioni e 301 milioni di persone soffrono di tali disturbi. [10]

I Disturbi d'Ansia, compresi i Disturbi di Panico e gli attacchi di panico, sono quindi i disturbi mentali con maggior prevalenza nella popolazione, includendo nel valore anche 58 milioni tra bambini ed adolescenti.

Nonostante ciò, i dati epidemiologici riguardanti Disturbi di Panico ed attacchi di panico sono limitati, e solamente alcuni di questi distinguono tra attacchi di panico e Disturbi di Panico. Inoltre, molti dei dati epidemiologici disponibili, provengono da studi condotti unicamente negli Stati Uniti [10,20,21].

Una revisione sistematica di 13 studi europei riporta una prevalenza in 12 mesi dell'1.8%.

La prevalenza dei Disturbi di Panico tra i pazienti dell'assistenza sanitaria di base, è approssimativamente il doppio rispetto alla popolazione in generale, con valori dal 4 all'8%.

Il disturbo ha un'età media di esordio di 24 anni. La prevalenza diminuisce dopo i 60 anni. La prevalenza per quel che riguarda la vita intera è del 5% nelle donne e del 2% negli uomini.

Gli attacchi di panico sono più comuni rispetto ai Disturbi di Panico, che si verificano in circa un terzo degli individui ad un certo punto della loro vita. [22]

Lo studio preso come riferimento per i dati epidemiologici, iniziativa della *World Mental Health Survey*, ha condotto un'indagine in 25 paesi, riferendosi ad una popolazione di 142.714 partecipanti: Colombia, Iran, Nigeria, Perù, Cina (Beijing e Shanghai), Ucraina, Brasile, Bulgaria, Libano, Messico, Romania, Australia, Belgio, Francia, Germania, Israele, Italia, Giappone, Nuova Zelanda, Irlanda del Nord, Polonia, Portogallo, Spagna, Paesi Bassi, Stati Uniti.

Lo studio, le cui interviste sono state condotte nel 2001-2002, ha evidenziato come, nella popolazione dell'indagine, la prevalenza di attacchi di panico nel corso dell'intera vita, in Italia (4708 partecipanti) sia dell'8%, nell'Europa Occidentale del 13.6% (32209 partecipanti), Europa Orientale 8.4% (22409 partecipanti), a livello mondiale del 13.2%.

Per quel che riguarda gli attacchi di panico senza però aver mai sofferto di Disturbi di Panico nel corso della propria vita, i risultati affermano che ci sia una prevalenza del 6.4% in Italia, 11.7% nell'Europa Occidentale, 7.4% nell'Europa Orientale, 11.5% a livello mondiale. [23]

Si può capire quindi come soffrire di Attacchi di Panico non necessariamente significa soffrire di Disturbi di Panico.

1.4 Scale di Valutazione per Disturbi d'Ansia Generalizzata e Disturbi di Panico

Nonostante ci sia insufficiente letteratura per supportare uno screening universale per attacchi di panico e Disturbi d'Ansia Generalizzata, la valutazione può essere considerata nei pazienti che esprimono ricorrenti e

pervasive preoccupazioni o presentano sintomi somatici non attribuibili ad altre patologie mediche [24].

Per la corretta diagnosi dei Disturbi d'Ansia Generalizzata e Disturbi di Panico, oltre ai sintomi diagnostici, ci si può affidare ad alcune scale di misurazione che vengono sottoposte al paziente dal medico specialista (psichiatra), per confermare o meno il quesito diagnostico ed eventualmente indirizzare il paziente ad una terapia, comportamentale oppure farmacologica.

Le più utilizzate sono "*The seven-question Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7)*" e "*The severity Measure for Panic Disorder*". [15]

"*The seven-question Generalized Anxiety Disorder scale*" può essere utilizzato per formulare la diagnosi di Disturbo d'Ansia, che viene effettuata sulla base dei criteri del DSM-5, e per monitorare la gravità dei sintomi nel tempo. La scala viene somministrata ad adulti di età compresa tra i 19 e i 65 anni. Le domande poste si riferiscono alle 2 settimane antecedenti la somministrazione del test, e analizzano: sensazione di ansia o nervoso, non essere capaci di fermare o controllare la preoccupazione, preoccuparsi eccessivamente rispetto a diverse cose, riposo disturbato, essere irrequieti, annoiarsi o irritarsi facilmente, essere preoccupati pensando che qualcosa di terribile possa accadere. Ad ognuno dei 7 quesiti corrisponde un punteggio, da 0 a 3, ovvero da "mai" a "quasi ogni giorno", il cui punteggio totale è 21. Uno score da 5 a 9 rappresenta "lieve ansia", da 10 a 14 "ansia moderata", da 15 a 21 "ansia severa".[15]

"*The Severity Measure for Panic Disorder*" è una scala di misurazione che può completare la valutazione clinica dei pazienti con Disturbi di Panico, con età superiore ai 18 anni, somministrata successivamente alla diagnosi di Disturbi di Panico e precedentemente alle visite medico - specialistiche a cui il soggetto dovrà sottoporsi.

Ogni *item* della scala viene misurato attraverso una scala da 0 a 5 punti, con un punteggio totale di 40, il cui valore massimo indica un grado severo di disturbi di panico.

La scala richiede di indicare se gli eventi elencati sono stati osservati dal paziente nei precedenti 7 giorni, con una frequenza da "mai" (0) a "sempre"

(4). Gli *items* riguardano: sensazione di terrore, paura, anche all'improvviso; sensazione di ansia, preoccupazione o nervoso rispetto l'aver attacchi di panico; avere pensieri riguardanti la perdita di controllo, la morte, l'impazzire a causa degli attacchi di panico; sensazione di palpitazioni, sudore, respiro difficoltoso, tremori; sensazione di tensione muscolare, irrequietezza, rilassamento difficoltoso e problemi di sonno; evitare o non avvicinarsi a situazioni in cui potrebbero verificarsi attacchi di panico; passare molto tempo a prepararsi oppure procrastinare situazioni in cui potrebbe avvenire un attacco di panico; distrarre sé stessi per evitare di pensare agli attacchi di panico; bisogno di aiuto per fronteggiare gli attacchi di panico (alcol, farmaci, oggetti di superstizione, altre persone). [25,26]

Per quel che riguarda le scale di valutazione dei Disturbi d'Ansia, che includono DAG e Disturbi di Panico, queste possono anche essere rinforzate da "Diari" che comprendono una descrizione di sintomi, pensieri e comportamenti legati all'ansia e il panico, oppure "registri" che possano rilevare tali sentimenti, per permettere al paziente di aumentare la consapevolezza dei propri disturbi e lo specialista ad indirizzare il soggetto alla terapia migliore indicata. [27,28]

1.5 La Pandemia COVID-19

La Pandemia COVID-19, che ha colpito indistintamente tutta la popolazione mondiale, ha provocato non poche ripercussioni in vari aspetti assistenziali: infatti, oltre all'emergenza primaria legata al virus SARS-CoV-2, che ha colpito il benessere fisico della popolazione, anche la salute mentale ne ha risentito. Tutto il mondo ha vissuto il periodo pandemico con la paura e la preoccupazione per la propria ed altrui sicurezza e salute, nonché le conseguenze socioeconomiche dovute al *lockdown*. [29]

Nella letteratura scientifica, alcuni studi hanno considerato come la passata pandemia ha potuto predisporre all'esordio o l'aggravamento degli Attacchi di Panico o Disturbi di Panico nella popolazione, avendo un grande impatto sulla salute mentale. Le Nazioni Unite hanno descritto la pandemia COVID-19 come

la più grande crisi dell'umanità dai tempi della Seconda Guerra Mondiale.[3]
[30]

Mancanza di fiato, senso di soffocamento, dolore al petto, paura di morire: a causa della pandemia di COVID-19, le menti delle persone sono state condizionate ad associare tali sintomi ad una forma grave di malattia. Nonostante tali sintomi possano indicare positività al SARS-CoV-2, essi sono anche comuni negli attacchi di panico, segno distintivo dei Disturbi di Panico, dove sintomi respiratori si presentano insieme ad altri sintomi di panico che sono principalmente di natura fisica. [31]

L'epidemia di COVID-19 (*Corona Virus Disease*) è stata dichiarata emergenza sanitaria pubblica dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), in senso internazionale, nel gennaio 2020.

Una gran parte della popolazione mondiale è rimasta principalmente confinata nella propria casa, a causa dei *lockdown* e delle strategie di isolamento implementate nella maggior parte dei paesi colpiti dal COVID-19 per prevenire un'ulteriore trasmissione della malattia. Anche il cambio imposto alla routine quotidiana non è stato semplice da accettare, a livello emotivo. Alcuni risvolti negativi del *lockdown* sono stati un aumento di disagio rispetto a tutte quelle condizioni domestiche, anche di violenza casalinga, che se prima erano difficili da accettare, con questa situazione ancor di più. Infatti, le ripercussioni economiche, le perdite di lavoro in nuclei già in condizioni socio economiche svantaggiose, sono stati accentuati, mettendo così a dura prova le famiglie.

Al contrario, chi ha dovuto mantenere servizi di continuità e beni indispensabili, come i supermercati, spesso viveva il disagio di non sapere a chi affidare i figli in loro assenza. È stata quindi accentuata una mancanza di rete assistenziale di comunità di supporto. [32]

Questa imprevedibile e veloce diffusione del virus, ha provocato un'universale preoccupazione, ansia ed angoscia, che, in accordo con l'OMS, sono risposte psicologiche naturali a condizioni di cambiamento.

Conseguentemente a ciò, si è velocemente espanso un "*panico e un'isteria di massa*" che hanno potuto generare duraturi problemi psicologici, in tutti i settori

socio-economici, che possono ora essere considerati potenzialmente più letali rispetto al virus stesso. [33]

1.5.1 Pandemia COVID-19: l'impatto sugli operatori sanitari

Gli operatori sanitari e gli infermieri soprattutto, hanno dovuto affrontare implicazioni mentali associate alla quarantena, come lo stress psicologico e la paura che continuamente hanno fronteggiato. [34]

Fattori che hanno contribuito allo sviluppo o al peggioramento di problemi riguardanti la salute mentale negli infermieri sono, ad esempio, il lavoro continuo e sotto pressione con i dispositivi di sicurezza, con risvolti nell'atto di cura in mancanza di questi, e ricerca di strategie alternative da parte del personale per cercare di ridurre il contagio. I sanitari erano costretti a lunghi turni di lavoro, fino a 12 ore, in mancanza di dispositivi di sicurezza, che venivano suddivisi. Ciò ha avuto implicazioni come quella di non potersi recare ai sanitari, oppure recarsi rimuovendo i dispositivi e sanificandosi di volta in volta, anche a causa di malori dovuti ai lunghi turni di lavoro senza possibilità di rimuovere i dispositivi ed abbeverarsi. Ciò ha contribuito ad una maggiore esposizione, seppure indiretta, al contagio. [35]

Altro fattore che ha apportato problemi di salute mentale tra gli infermieri è il ruolo di guida per la popolazione che essi hanno rappresentato durante la pandemia, in quanto figure principali per la promozione e la prevenzione della salute. Altri fattori sono i risultati negativi da parte dei pazienti in termini di prognosi ed alti tassi di mortalità. [21]

Altro fattore struggente per gli infermieri è stato sicuramente la riduzione della relazione infermiere – paziente: in normali condizioni, gli infermieri dedicano tempo al paziente malato fisicamente o psicologicamente. Durante la pandemia COVID-19, si sono dovute trovare strategie differenti per farlo, e non solo a supporto del paziente, ma anche dei familiari.

Il personale infermieristico ha dovuto diversificare le modalità di interazione con la persona, garantendo un'assistenza maggiormente dedicata al controllo tecnico di parametri vitali, somministrazione di farmaci, applicazione di *device*, a causa del sovraccarico lavorativo a cui sono stati sottoposti. [29]

Gli operatori in prima linea, come medici, infermieri ed altri professionisti atti a lavorare nell'ambito sanitario, avendo un ruolo fondamentale nell'elargire servizi alla struttura e alla persona malata e contagiata dal virus, sono state parte della popolazione più esposta al rischio di infezione ed al contagio stesso.

Durante la pandemia, gli operatori sanitari hanno giocato un ruolo essenziale nel fornire servizi a tutti i pazienti SARS-CoV-2 positivi.

Nell'ambiente sanitario odierno, gli indicatori di stress lavorativo e *burn out* sono un problema in quanto argomento poco delineato in termini di attività tesa al supporto dell'operatore. Le condizioni senza precedenti di paura persistente e ansia possono avere un importante impatto sulla qualità di vita di queste figure lavorative. Ciò è stato evidenziato anche dalla carenza di supporto sociale dedicato alle figure lavorative: l'epidemia di COVID-19 ha messo a dura prova gli operatori sanitari di tutto il mondo, ed ha avuto un impatto sulla natura del lavoro di essi. [36]

Innanzitutto, garantire una protezione sicura ed efficace degli operatori sanitari dalle infezioni durante tutta la pandemia è stato essenziale, non solo per mantenere un'assistenza sanitaria positiva e sana, ma anche per prevenire l'aumento dei contagi.

Durante la pandemia SARS-CoV-2, la qualità di vita degli operatori sanitari è diminuita. Essi sono stati "guerrieri in prima linea" nella battaglia contro il COVID-19, e sono stati soggetti a turni di lavoro impegnativi ed un rischio aumentato e continuo di contagio.

Sotto forte pressione, gli operatori sanitari hanno dovuto esprimere "giudizi salva-vita". Tali decisioni includevano l'utilizzo appropriato ed equo di risorse limitate tra molti pazienti, come gestire i propri bisogni di benessere fisico e mentale e quelli dei pazienti, come bilanciare i doveri verso i pazienti con quelli verso la famiglia e gli amici e come continuare a fornire assistenza medica a tutti i pazienti colpiti, nonostante le risorse limitate o insufficienti. [37]

Ciò ha provocato sì Disturbi d'Ansia, Disturbi Post Traumatici da Stress (DPTS), ma anche paura di perdere, oltre che la propria professione, anche la propria autonomia e la paura di separarsi dalle persone amate. Questo a

causa dei ritmi lavorativi frenetici e cambiati rispetto a prima, il rischio di infezione e quindi di trasmissione del virus anche ai propri cari, con conseguente isolamento per non contagiare la propria famiglia.

La Pandemia ha inasprito sia le esigenze lavorative e la domanda del numero di infermieri all'interno degli ospedali, che, allo stesso tempo, anche il carico di lavoro extra ospedaliero [38], provocando così un'impossibilità di conciliazione tra vita, sociale e familiare, e lavoro, portando inevitabilmente a problematiche riguardante il benessere, anche mentale.

CAPITOLO 2

2.1 Obiettivo della ricerca

L'Obiettivo della ricerca è analizzare se, a seguito della Pandemia SARS-CoV-2, sono aumentati gli episodi di attacchi di panico e d'ansia tra gli infermieri, se esistono dei fattori di rischio e delle strategie per fronteggiare questa situazione.

2.2 Quesiti della ricerca

Quesiti di ricerca:

- In letteratura vengono evidenziate modifiche rispetto all'incidenza degli attacchi di panico e Disturbi d'Ansia nel personale infermieristico post pandemia SARS-CoV-2?
- Esistono fattori predisponenti che aumentano il rischio di incorrere in attacchi di panico correlato al lavoro nel personale infermieristico?
- Sono state implementate strategie che possono essere utilizzate per gestire il problema?

2.3 Disegno di studio

È stata redatta una revisione di letteratura.

2.4 Strategie di ricerca

Al fine di rispondere ai quesiti, è stata effettuata un revisione bibliografica attraverso la consultazione di banche dati on-line, quali *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*, *Pubmed* e *Medline*, *Cochrane*, *UpToDate* e consultazione da remoto di periodici elettronici ed altre banche dati rese disponibili dal Sistema Bibliotecario dell'Università degli Studi di Padova (*Auth-Proxy*), con inclusione da ulteriori fonti bibliografiche, come libri e siti internet, nel periodo tra maggio 2023 e settembre 2023, con successive integrazioni nel mese di ottobre 2023.

Le parole chiave utilizzate per la ricerca sono state: *anxiety*, *anxiety disorders*, *panic disorders*, *panic attacks*, *healthcare personnel*, *pandemic*, *COVID-19*.

Per quel che riguarda la ricerca in *Medline*, sono state associate le parole chiave sopra riportate, in combinazione tra loro attraverso gli operatori booleani “AND” oppure “OR”, sfruttando l’utilizzo dell’indice *MeSH – Medical Subject Headings*.

In seguito (Figura n. 1) si riporta una descrizione delle stringhe di ricerca effettuate nelle banche dati *PubMed* e *Cinahl*, frutto di associazione delle parole chiave sopra indicate con gli operatori *booleani* (AND, OR, NOT).

	Banca dati	Stringa di ricerca	Risultati	Articoli con filtri applicati	Articoli selezionati	Ultima <u>visualizzazione</u>
1	PubMed	((("covid 19"[All Fields]) AND ("impact"[All Fields])) AND ("mental health"[All Fields])) AND ("nurses"[All Fields])	490	64	3	12/09/2023
2	PubMed	((("anxiety"[MeSH Terms]) OR ("panic disorder"[MeSH Terms])) AND ("nurses"[MeSH Terms])) AND ("covid 19"[MeSH Terms])	113	33	2	12/09/2023
3	PubMed	((("Anxiety Disorders"[Mesh]) AND "Panic Disorder"[Mesh]) AND "Health Personnel"[Mesh]) OR "Nurses"[Mesh]) AND ("COVID-19"[Mesh] OR "SARS-CoV-	1157	141	4	12/09/2023
4	Cinahl	(panic disorder or panic attacks or anxiety) AND (nurse or nurses or nursing) AND (covid-19 or coronavirus or pandemic)	1730	180	13	12/09/2023

Figura n. 1 – Stringhe di ricerca utilizzate

La ricerca ha portato all’identificazione di 22 articoli, il cui processo di selezione è sinteticamente descritto nella *FlowChart* di seguito riportata (Figura n. 2). Di questi 22 articoli, 5 sono revisioni sistematiche, 10 studi trasversali, 2 longitudinali, 2 osservazionali, 1 quantitativo, 1 qualitativo e 1 multicentrico.

La sintesi degli articoli analizzati viene riportata nelle tabelle in allegato (*ALLEGATO I - IX*).

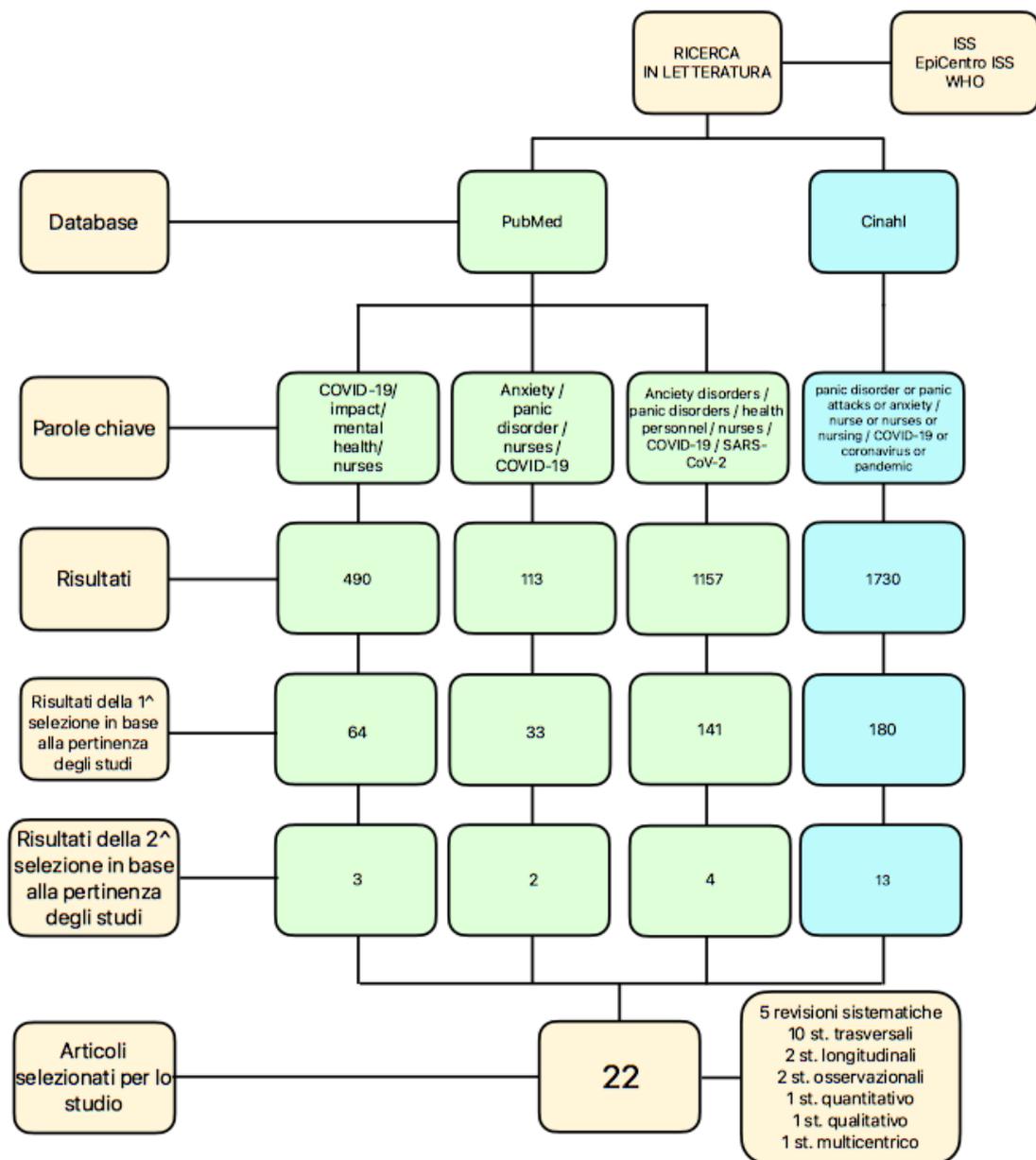


Figura n. 2: Flowchart del processo di selezione degli articoli

2.5 Criteri di selezione

La ricerca attraverso i *database* PubMed e Cinahl ha consentito di trovare 3490 articoli.

In PubMed sono stati trovati 1760 articoli, di cui 238 rispondevano ai criteri di inclusione; 9 di questi articoli sono stati selezionati per lo studio.

In Cinahl sono stati trovati 1730 articoli, di cui 180 pertinenti ai criteri di inclusione; 13 di tali articoli sono stati scelti alla selezione finale.

2.6 Criteri di inclusione

I criteri di inclusione utilizzati per la selezione degli articoli sono:

- Disponibilità di abstract e full text
- Lingua: italiano, spagnolo, francese, inglese
- Data di pubblicazione degli articoli: tra il 2018 e il 2023

2.7 Criteri di esclusione

Gli articoli esclusi dalla revisione della letteratura sono quelli non pertinenti, ovvero:

- Popolazione con età inferiore ai 18 anni (bambini ed adolescenti)
- Tecniche farmacologiche per la gestione di ansia e panico

CAPITOLO 3: Risultati

3.1 Aumento dei disturbi di salute mentale post pandemia

Come precedentemente accennato, il COVID-19 ha provocato un aumento o peggioramento dei Disturbi d'Ansia e di Panico nella popolazione.

Oltre alle sofferenze fisiche, le conseguenze della quarantena sulla salute mentale ed il benessere a livello personale e della popolazione sono molte. [33]

Numerosi studi multicentrici a livello nazionale hanno già analizzato la prevalenza di attacchi d'ansia e depressione durante la pandemia; questi ultimi evidenziano un aumento di tali disturbi variabile, rispettivamente tra l'11.6% ed il 58.9% e tra il 16.1% ed il 69%. Inoltre, solamente uno studio multinazionale ha distinto tra pre – esistenti ed emergenti disturbi di salute mentale, trovando un incremento del 14% tra i sintomi d'ansia durante la pandemia. [2]

Secondo uno studio condotto in 11 Paesi (Regno Unito, Belgio, Paesi Bassi, Bulgaria, Repubblica Ceca, Finlandia, India, Latvia, Polonia, Romania, Svezia), caratterizzato da una popolazione di 9942 persone, la prevalenza di Ansia e Disturbi di Panico è rispettivamente del 28.6% e del 13.7%, oltre alla prevalenza del 32.4% per quel che riguarda il Disturbo da Stress Post Traumatico e il 30.3% per la depressione. La prevalenza dei soggetti che presentano tutti e 4 i disturbi è del 7.3%, mentre quasi la metà della popolazione dello studio soffre di almeno un disordine (48.6%). Il numero di nuovi casi associabili alla pandemia, sono, per DPTS, Ansia, depressione e Disturbi di Panico, rispettivamente dell'11.4%, 8.4%, 9.3%, 3%. Il 17.4% della popolazione ha riscontrato almeno uno dei disturbi durante la pandemia. [2]

3.3 Infermieri e salute mentale durante la pandemia

L'epidemia globale di COVID-19 ha avuto seri effetti psicologici tra gli infermieri. Tra le possibili cause possiamo annoverare l'eccessivo carico di lavoro, sistema di controllo delle infezioni inefficiente, dispositivi di protezione inadeguati, aggressività (sia fisica che verbale), da parte dei pazienti e dei familiari nei confronti dell'equipe sanitaria.

Infermieri esposti e a contatto con casi di pazienti positivi verificati, sono considerati suscettibili a problemi di salute mentale, ed è probabile che siano più nervosi, impauriti e sotto stress. Quindi, la serietà del COVID-19 ha portato ad una sfida per quel che riguarda la salute mentale tra gli infermieri (e gli operatori sanitari in generale), che si sono visti deprivare della loro salute fisica e del loro benessere mentale. [39]

Gli infermieri, in generale, presentano un rischio maggiore di sviluppare uno stato mentale negativo, come la depressione, l'ansia, lo stress, a causa della natura del loro lavoro.

Parlando di *burn out*, esso è uno specifico stato di relazione tra l'individuo e la propria occupazione lavorativa, dovuto ad una lunga esposizione a stress occupazionale. È risaputo che stress e *burn out* sono fattori che possono contribuire ad una diminuzione del benessere mentale.

L'*International Council of Nurses* (ICN), ha dichiarato che turni lunghi e stressanti hanno un severo impatto sulla salute mentale degli infermieri, che porta ad abbandono della professione o pianificazione di ciò. [40]

Molti lavoratori, ed in particolar modo gli infermieri, hanno affermato di aver aumentato il loro stato di ansia e di aver vissuto, anche per la prima volta, attacchi di panico in risposta all'aumentato carico anche emotivo. [41]

3.1.1 Aumento dei disturbi di salute mentale tra gli infermieri

L'insorgenza rapida e l'evoluzione improvvisa della malattia da SARS-CoV-2, perlopiù in modo nefasto per la persona, hanno aumentato il livello di stress lavoro – correlato tra gli operatori sanitari, con conseguente aumento di disturbi d'ansia e, per la prima volta, esperienza di attacchi di panico. [41]

Aumento del carico di lavoro, pressione fisica, isolamento e perdita di supporto sociale, misure protettive inadeguate, trasmissione del virus tra professionisti e le preoccupazioni etiche senza precedenti sul razionamento delle cure, sono tutti elementi che hanno avuto importanti conseguenze sul benessere fisico e mentale personale. [37]

Il COVID-19 rappresenta uno degli eventi più stressanti degli ultimi anni a livello mondiale. Ha rappresentato una sfida in ambito sociale, economico e,

soprattutto, dal punto di vista psicologico. Indubbiamente, gli operatori sanitari sono la categoria di lavoratori più esposta.

Il loro aumentato carico psicologico è probabilmente dovuto alla riorganizzazione del personale, l'intensità di lavoro e l'ansia di essere esposti al virus in ospedale e, per contro, di portare l'infezione in casa.

Gli operatori sanitari direttamente coinvolti nella cura dei pazienti COVID-19 positivi, hanno inoltre un alto rischio di sviluppare distress psicologico ed altri sintomi come quelli del Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS). [42]

La risposta psicosociale dei lavoratori in prima linea durante la pandemia è complicata e non completamente compresa.

Inevitabile stress, paura ed ansia riguardanti una minima conoscenza dell'epidemia della malattia contagiosa come il COVID-19, possono essere molto presenti nei gruppi più ad alto rischio, come i professionisti sanitari ed altri lavoratori in prima linea, agenti di polizia e tutti quegli operatori manutentori dei servizi ospedalieri, oppure chi svolgeva attività di pulizie nei reparti. Essere esposti ai casi di COVID-19 negli ospedali, la morte o la malattia di parenti o amici, e l'accentuata percezione del pericolo a causa della letalità del virus, sono tutti elementi che possono impattare negativamente sul benessere mentale dei lavoratori nel campo della salute.

La pandemia è stata elemento chiave per un "esaurimento" fisico e mentale dei lavoratori in prima linea. [43]

Secondo una revisione sistematica e meta – analisi (Saragih et al., 2021), più di un quarto di operatori sanitari che hanno lavorato durante la pandemia COVID-19 ha sviluppato problemi di salute mentale: il disturbo da Stress Post Traumatico è stato il più comune tra questi problemi associati alla pandemia tra i sanitari, seguito da Ansia, depressione, distress ed attacchi di panico. [44]

Durante le giornate, i sanitari erano direttamente coinvolti nella diagnosi, trattamento e cura dei pazienti affetti da COVID-19; gli operatori erano soggetti a turni di lavoro estremamente stressanti. Inoltre, il continuo aumento dei numeri di casi, confermati o sospetti, l'esaurimento dei dispositivi di protezione individuale, la scarsità e l'inefficacia della maggior parte dei farmaci disponibili per il trattamento del SARS-CoV-2 e il sentimento di non essere

adeguatamente supportati dal sistema di amministrazione sanitaria, sono stati tutti fattori che hanno contribuito al sovraccarico mentale degli operatori sanitari. [44][45]

Secondo uno studio condotto in Svezia, con l'obiettivo di comparare l'anno 2017 con il 2020 in termini di presenza di disturbi di salute mentale, c'è stato un incremento di disturbi mentali, tra cui l'ansia. [40]

Lo studio, condotto nel 2020, prevedeva la somministrazione di un questionario online ad alcuni operatori sanitari, la maggior parte dei quali infermieri, uguale ad un altro questionario somministrato nel 2017, inerente la presenza o meno di disturbi di salute mentale: esaurimento / stress, depressione / ansia. La popolazione era costituita da 3107 infermieri che hanno completato il questionario (tasso di risposta del 40,1%). Secondo questo studio, dal 2017 al 2020 c'è stato un incremento del 4.8% (nel 2017 c'era un'incidenza 5.3%, nel 2020 del 10.2%) per quel che riguarda la depressione e l'ansia negli infermieri; inoltre, 128 di questi ultimi hanno affermato di non avere pregressi di disturbi mentali diagnosticati. [40]

Anche uno studio condotto in Inghilterra tra il personale delle Unità di Terapia Intensiva ha dimostrato come la Pandemia abbia provocato disturbi d'ansia negli operatori sanitari. In particolare, su una popolazione di 709 partecipanti, di cui il 49% era composto da infermieri, il 33% di questi hanno sofferto di disturbi d'ansia durante la Pandemia. [46]

Secondo uno studio condotto da Hickling e Barnett nel 2020, negli Stati Uniti il 72% dei partecipanti infermieri (112 in totale) ha riportato un livello moderato o severo di ansia (secondo scala di valutazione GAD-7) durante il periodo della Pandemia COVID-19. [47]

Secondo uno studio di coorte condotto in Italia (Damico, Demoro et al., 2022), il livello di ansia negli infermieri è incrementato dal 31.3% al 34.8% in 6 mesi. [48]

Uno studio condotto in Canada (Havaei, Smith et al., 2021), invece, ha analizzato in 3 tempi diversi (Settembre 2019, Aprile 2020 e Giugno 2020) l'incremento dei disturbi d'ansia negli operatori sanitari, attraverso un questionario somministrato a 10.117 infermieri. Infatti, si è visto come da

settembre 2019 a Giugno 2020, ci sia stato un incremento dal 10 al 15% per quel che riguarda la diagnosi di ansia. [49]

In uno studio condotto in Francia in 6 case di cura (Husky, Villeneuve et al., 2022), è stato somministrato un questionario anonimo online a cui hanno risposto 127 infermieri. Di questi, il 22.05% ha affermato di soffrire di attacchi di panico dall'inizio della Pandemia. [50]

3.2 Fattori di rischio

Si è parlato non solo di attacchi e Disturbo di Panico, ma anche di altri Disturbi d'Ansia che, a lungo andare, possono rendere la vita del soggetto difficile da gestire.

Importante è determinare alcuni fattori di rischio che possono favorire l'insorgenza (o il peggioramento) di tali disturbi. I fattori di rischio sono variabili presenti prima dello sviluppo del disturbo, e che sono associate ad un aumento della probabilità di sviluppo del disturbo.

Fattori di rischio individuati per i Disturbi d'Ansia sono il fumo di sigaretta (individuato come fattore anche per i Disturbi di Panico e l'agorafobia), l'uso di alcol e di cannabis, valutazioni negative degli eventi nella propria vita, comportamenti di evitamento e fattori occupazionali. [51]

Secondo alcuni studi condotti internazionalmente [51], i fattori di rischio per i Disturbi di Panico sono: l'età (20-54 anni), il sesso femminile e un basso stato socioeconomico. Non significativi invece sono risultati la provenienza da aree geografiche diverse, lo stato coniugale.

Per quel che riguarda i fattori psicosociali, si ritiene che il fumo in età adolescenziale ed essere un fumatore dipendente, sia associato allo sviluppo di Disturbi di Panico in età adulta. Infatti, il fumo di sigaretta non è un fattore di rischio per i fumatori occasionali, ma raddoppia negli individui che fumano più di un pacchetto di sigarette al giorno. [51] Anche problemi d'alcol come il *binge drinking* sono considerati fattori di rischio per l'insorgenza di tali disturbi.

Riferendosi a fattori di rischio inerenti la salute, sono stati identificati come positivi predisponenti il futuro sviluppo di Disturbi di Panico, la presenza di disturbi fisici (emicrania, asma, problemi cardiaci).

Anche la storia familiare per depressione ed ansia è associata allo sviluppo di Disturbi di Panico, oltre ad altri disturbi, come il disturbo di personalità, il disturbo bipolare, disturbi del sonno. [52]

Rispetto alla specifica situazione della pandemia COVID-19, sono stati identificati, come fattori associabili allo sviluppo di Disturbo d'Ansia Generalizzata (GAD – *Generalized Anxiety Disorder*) età, Paese di appartenenza, tipo di impiego, presenza di eventi rilevanti nella propria vita durante la pandemia, pre esistenza di disturbi mentali, stress (fattore predittivo più importante per lo sviluppo di GAD), paura dell'infezione, fiducia nel governo (inteso come sistema di prevenzione per le infezioni), tempo trascorso a leggere notizie riguardanti la pandemia. Rispetto il Disturbo di Panico, significativi sono i seguenti fattori: Paesi di appartenenza, livello di educazione, presenza di eventi rilevanti nella propria vita durante la pandemia, pre esistenza di disturbi mentali, stress, paura dell'infezione, adesione alle restrizioni. [2]

Per quanto riguarda la popolazione degli infermieri nello specifico, alcuni fattori sono considerati di rischio per l'insorgenza di disturbi di salute mentale: ad esempio, molte ore di lavoro durante la settimana predispongono all'insorgenza di disturbi d'ansia [53], depressione e problemi legati al sonno. [54][55][56][57]

Anche la presenza di paura per quel che riguarda il portare l'infezione in casa, da amici o familiari, è un fattore che predispone allo sviluppo o all'aggravamento di disturbi di salute mentale, così come il lavorare in prima linea, nei reparti COVID-19. [58]

Secondo uno studio di revisione sistematica (Sudarmono et al., 2022), che ha analizzato alcuni studi trasversali condotti in Italia, l'infermiere che si prende cura del paziente COVID-19 ha la possibilità di soffrire di disturbi d'ansia 1.75 volte in più rispetto all'infermiere che non lavora con questa tipologia di paziente. [59]

La sensazione di "abbandono" da parte delle figure gerarchicamente più alte, le scarse conoscenze sul SARS-CoV-2, la scarsa dotazione di Dispositivi di

Protezione Individuale, sono tutti fattori che possono contribuire ad aumentare l'insorgenza di disturbi d'ansia. [60]

Da un punto di vista più individuale, invece, l'essere di genere femminile, avere un'età superiore ai 31 anni, avere un'esperienza lavorativa inferiore ai 3 anni e lavorare in un reparto di urgenza, può portare a sviluppare ansia. È stato osservato come avere un'età inferiore ai 25 anni, invece, rappresenti un fattore protettivo in termini di alti punteggi nella scala di valutazione GAD-7. [61]

3.4 Strategie di gestione dei Disturbi d'Ansia e Disturbi di Panico

Occuparsi e supportare la salute mentale degli operatori sanitari è una parte critica per quel che riguarda la risposta sanitaria pubblica. [62]

L'importanza dei colleghi, inoltre, non deve essere sottovalutata. I gruppi di colleghi sono tra di loro in grado di comunicare liberamente, quasi più di familiari ed amici che non sempre possono comprendere a pieno, in quanto le esperienze di condivisione tra colleghi hanno spesso un valore di auto-aiuto. Come quanto espresso dall'Istituto Superiore di Sanità, essenziale è la comunicazione con i colleghi, sia per la coordinazione delle attività che per condividere le proprie opinioni e ricevere supporto reciproco, considerando le diverse reazioni alle situazioni critiche. Mostrare riconoscimento professionale nei confronti di un collega può aumentare la motivazione e ridurre il livello di stress. [63]

Tra i trattamenti psicosociali per i Disturbi di Panico ed i Disturbi d'Ansia, la terapia cognitivo – comportamentale è la più ampiamente supportata da test clinici.

La terapia cognitivo – comportamentale (CBT) è una forma di trattamento psicologico che ha dimostrato di essere efficace per una serie di problemi tra cui depressione, Disturbi d'Ansia, problemi legati all'uso di alcol e droghe, problemi coniugali, disturbi alimentari. Secondo quanto affermato dall'*American Psychological Association*, è importante sottolineare che i progressi di tale terapia sono stati fatti sulla base di ricerca e pratica clinica. Infatti, la CBT è un approccio per il quale esistono ampie prove scientifiche

che affermano che i metodi sviluppati producono un cambiamento. In questo modo, la CBT differisce da molte altre forme di trattamento psicologico.

La Terapia Cognitivo – Comportamentale è basata su diversi principi fondamentali, che sono:

- I problemi psicologici si basano, in parte, su modi di pensare errati o inutili
- I problemi psicologici si basano, in parte, su modelli di comportamento errati
- Le persone che soffrono di problemi psicologici possono imparare modi per affrontarli, così da alleviare i sintomi e diventare più efficaci nella vita quotidiana. [64]

Generalmente, le persone altamente motivate e che pretendono per un approccio volto alla risoluzione dei problemi (*problem – solving*) affrontano in modo migliore tale tipo di terapia.

Quest'ultima prevede che il paziente acquisisca le capacità di auto – osservazione, e di diventare uno “scienziato personale”, abilità di *coping* cognitivo comportamentali ed impari a praticare tali abilità in contesti percepiti ad alto impatto emotivo.

Stress cronico o eventi stressanti episodici, possono interferire con la terapia cognitivo – comportamentale per quanto riguarda i Disturbi di Panico e i Disturbi d'Ansia. Alcune condizioni della vita lavorativa, personale o riguardante la salute, percepite negativamente dal soggetto, possono esacerbare i sintomi di panico e rendere difficoltoso per i pazienti aderire alla terapia. In queste situazioni, la farmacoterapia può rappresentare un valido supporto.

La terapia cognitivo – comportamentale, durante la pandemia, spesso è stata espletata anche tramite trattamenti da remoto, che potevano essere ad alta o bassa intensità. Nel dettaglio, si configurano ad alta intensità quei trattamenti analoghi alle terapie cognitivo – comportamentali faccia a faccia; essi, perciò, implicano la comunicazione sincrona tra paziente e psico – educatore: il trattamento, perciò, veniva svolto grazie al supporto di videoconferenze o attraverso il telefono. I trattamenti da remoto a bassa intensità includono

invece una gestione autonoma del paziente con materiale preparato dal clinico, ma senza comunicazione diretta (esempio: biblioterapia).

Tra le tecniche adottate dalla terapia cognitivo – comportamentale, annoveriamo:

- **Educazione:** il trattamento inizia con l'educazione rispetto la natura del Disturbo di Panico, le cause del panico e dell'ansia e il modo in cui questi sono perpetuati. Lo scopo di tale educazione è quello di correggere i falsi miti rispetto i sintomi del panico, come la paura di morire, perdere il controllo o impazzire, che contribuiscono al panico e all'ansia.
- **Autocontrollo:** è introdotto nella prima sessione di trattamento e continua durante tutto il trattamento. L'autocontrollo fornisce una continua valutazione nel cambiamento di panico, ansia ed evitamento, poiché il paziente controlla ogni modifica del proprio disturbo attraverso un'"autovalutazione". Agisce come uno strumento terapeutico per incoraggiare la consapevolezza di sé. Tale strategia richiede al paziente di tenere un "registro" degli attacchi di panico, da completare il prima possibile a seguito di ogni attacco; la persona perciò riesce a registrare e descrivere sintomi, pensieri e comportamenti percepiti durante l'attacco. È possibile altresì tenere un diario per avere una descrizione di sintomi, pensieri e comportamenti durante l'attacco, oppure un "registro" dell'umore quotidiano, da completare alla fine di ogni giornata, per rilevare i livelli di ansia o depressione. Il paziente può anche aggiungere al registro le attività o situazioni quotidiane che si sono evitate.
- **Esercizi di respirazione:** tale tecnica è un'abilità di *coping* somatico comunemente utilizzata. È supportata dall'evidenza delle anomalie respiratorie dei Disturbi d'Ansia e di Panico, probabilmente a causa dell'ipersensibilità dei rilevatori midollari di CO₂, con conseguente ipocapnia.
Gli esercizi di respirazione tradizionali includono una respirazione addominale lenta. Ad ogni modo, il suo valore è stato messo in discussione in termini di grado in cui possa correggere effettivamente la respirazione ipocapnica.

L'allenamento respiratorio assistito da capnometria (*Capnometry-assisted respiratory training – CART*), in contrasto con i metodi tradizionali, usa il *feedback* immediato dell'*end tidal* di PCO₂ per insegnare ai pazienti come aumentare i propri livelli subnormali di PCO₂ (iperventilazione), e quindi ottenere il controllo sulle anomalie respiratorie ed associate ai sintomi di panico (mancanza di fiato, vertigini). La tecnica *CART* ha dimostrato di migliorare i sintomi di Disturbi di Panico in parte grazie alla riduzione della respirazione ipocapnica.

- Rilassamento muscolare: consiste in una tecnica di *coping* somatico che prevede il rilassamento muscolare progressivo. I pazienti sono allenati per alcune settimane in gruppi muscolari (da 16, da 8 e da 4), fino al rilassamento controllato dai segnali, ovvero *input*, comandi, che possono essere immagini o parole; in questo modo il soggetto, pensando al segnale, si rilassa. Una volta appresa tale abilità, il rilassamento viene utilizzato come abilità di *coping* da attuare quando esposti a situazioni che provocano ansia.
- Ristrutturazione cognitiva: ovvero l'autocontrollo dettagliato delle emozioni e cognizioni associate, viene utilizzato per identificare credenze, valutazioni ed ipotesi specifiche. Le emozioni e cognizioni sono classificate in tipologie di errori, come la sovrastima del rischio di eventi negativi o catastrofizzazione del significato degli eventi. Nel classificare le tipologie di distorsioni cognitive, il paziente è incoraggiato ad utilizzare un approccio empirico per esaminare la validità dei propri pensieri, considerando tutte le opzioni disponibili. Tale approccio è utilizzato per sviluppare un pensiero basato sull'evidenza.
- Esposizione: quella in vivo include una presentazione reale, ripetuta e sistematica, a situazioni agorafobiche. Ha lo scopo di ridurre la paura e l'evitamento delle situazioni attraverso la rimozione dell'ansia e la correzione di valutazioni errate della realtà. Spesso, l'esposizione in vivo è condotta in maniera graduale, procedendo dalla situazione che provoca meno ansia a quella che la provoca maggiormente, secondo una "gerarchia di evitamento". Non tutte le evidenze in letteratura concordano

con tale approccio: alcune ritengono che l'esposizione intensiva o quella non graduata possano essere ugualmente efficienti. Nell'esposizione interocettiva, invece, lo scopo è quello di indurre deliberatamente sensazioni fisiche temute, un numero di volte sufficiente e per tempo lungo abbastanza affinché le convinzioni errate riguardo le proprie sensazioni vengano smentite e l'ansia condizionata e le sue risposte vengano estinte. I pazienti vengono incoraggiati a sopportare le sensazioni oltre il punto in cui sono state notate per la prima volta, poiché la conclusione anticipata interferisce con il nuovo apprendimento. Dopo una serie di sessioni di esposizione interocettiva auto – guidate, l'esposizione in vivo viene combinata con quella interocettiva, inducendo deliberatamente sensazioni temute in situazioni temute.

- Prevenzione delle ricadute: step finale della terapia cognitivo – comportamentale è la prevenzione delle ricadute, dove i pazienti vengono informati che, nonostante i loro progressi, episodi di panico, ansia o comportamenti di evitamento possono verificarsi in futuro. I pazienti vengono incoraggiati a guardare le recidive non come fallimenti, ma come errori a cui si possono applicare le capacità di *coping*. [27,28]

CAPITOLO 4: Discussione

La pandemia ha messo a dura prova tutti gli operatori sanitari che in prima linea hanno dovuto agire esponendosi maggiormente al rischio di sviluppare problematiche legate alla salute mentale. Enfatizzare l'abnegazione mentre garantivano servizi essenziali si è andato via via amplificando e spesso sono stati descritti come "eroi"; questo da un lato può aver determinato dei comportamenti dove veniva dimostrata forza e resilienza, ma dall'altro può ostacolare la capacità di riconoscere la vulnerabilità intrinseca alla persona e la possibilità di condividere "senza maschere" esperienze traumatiche. Ciò può aver contribuito a determinare pregiudizi stigmatizzati verso il malessere psicologico, impedendo di chiedere e cercare aiuto.

Secondo quanto citato dall'*American Psychiatric Association* (APA), "i disturbi mentali non sono nulla di cui vergognarsi. Sono un problema di salute, così come i problemi cardiaci o il diabete". [65]

Lo stigma percepito, infatti, ha acuito le implicazioni negative aumentando stress ed isolamento sociale.

Le strategie di *coping* messe in atto variano a seconda delle caratteristiche dei singoli individui e dei diversi contesti sociali ma sicuramente emerge la necessità di implementare la prevenzione e la formazione in merito.

Prevenire riconoscendo precocemente i segnali di *allert* su sé stessi ma anche all'interno del gruppo di lavoro inerente la propria realtà lavorativa creando ambienti dove gli operatori si sentano liberi di esprimere e condividere le loro emozioni, risulta di fondamentale importanza. È rilevante analizzare i fattori che possono costruire una più forte resilienza tra gli operatori sanitari, sia come individui sia come gruppo.

L'Istituto Superiore di Sanità ha pubblicato un documento dal titolo "Indicazioni ad Interim per la gestione dello stress lavoro – correlato negli operatori sanitari e socio – sanitari durante lo scenario emergenziale SARS-CoV-2" che voleva essere una guida ed un supporto per tutti gli operatori impegnati a gestire la pandemia. [66]

Gli interventi che suggerisce tale documento risultano, in virtù dell'analisi svolta con questa revisione, ad oggi di forte attualità. Fra gli interventi vengono

suggeriti un'attenzione maggiore alla comunicazione all'interno dell'equipe, una migliore organizzazione dei tempi di lavoro, una migliore condivisione e lavoro di squadra e infine il focus sulla valorizzazione degli operatori sanitari.

CAPITOLO 5: Conclusioni

La Pandemia COVID-19 ha messo in discussione il benessere psico – fisico degli operatori sanitari, in particolare della popolazione infermieristica. Gli infermieri impegnati in prima linea hanno mostrato una maggiore predisposizione allo sviluppo di sintomi legati a stress, ansia, depressione, alterazione della qualità – quantità di sonno e l'insieme dei risultati analizzati sottolinea la persistenza dell'impatto negativo della Pandemia sul benessere mentale dei professionisti sanitari, anche a distanza di anni dall'inizio dell'emergenza.

Per quel che riguarda la pratica futura, si suggerisce di svolgere uno studio più approfondito riguardante i Disturbi d'Ansia e di Panico, la loro epidemiologia prima e dopo la Pandemia, sia nella popolazione a livello mondiale, che a livello nazionale, e all'interno della popolazione dei sanitari, suddividendo il sintomo dell'ansia da quello del panico.

La riflessione che può nascere da questo elaborato di tesi induce a pensare che le conseguenze dell'emergenza sanitaria sul benessere dei professionisti della salute non sono sottovalutabili e in tale prospettiva è necessaria un'azione di tutela.

“Non c'è salute senza salute mentale”. È un principio universalmente riconosciuto su cui si basa il Piano d'azione per la salute mentale 2013-2030 stilata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

L'assistenza psichica agli operatori sanitari che ad oggi hanno affrontato le ondate pandemiche è necessaria per garantire qualità degli interventi assistenziali e sostegno al Sistema Sanitario Nazionale.

Offrire opportunità di supporto agli operatori risulta fondamentale unito al continuo e costante monitoraggio del benessere del personale in virtù di un'assistenza basata sulla qualità dell'assistenza erogata dai professionisti.

BIBLIOGRAFIA

1. Salute mentale [Internet]. ISS. [citato 30 ottobre 2023]. Disponibile su: <https://www.iss.it/salute-mentale1>
2. Georgieva I, Lepping P, Bozev V, Lickiewicz J, Pekara J, Wikman S, Loseviča M, Raveesh BN, Mihai A, Lantta T. Prevalence, New Incidence, Course, and Risk Factors of PTSD, Depression, Anxiety, and Panic Disorder during the Covid-19 Pandemic in 11 Countries. *Healthcare*. 3 giugno 2021;9(6):664.
3. Javelot H, Weiner L. Panic and pandemic: Narrative review of the literature on the links and risks of panic disorder as a consequence of the SARS-CoV-2 pandemic. *L'Encephale*. febbraio 2021;47(1):38–42.
4. Perna G, Caldirola D. COVID-19 and panic disorder: clinical considerations for the most physical of mental disorders. *Braz J Psychiatry*. 3 agosto 2020;43(1):110–1.
5. SNLG – Sistema Nazionale Linee Guida [Internet]. ISS. [citato 31 ottobre 2023]. Disponibile su: <https://www.iss.it/linee-guida1>
6. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020 [Internet]. Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013 [citato 20 ottobre 2023]. 45 p. Disponibile su: <https://iris.who.int/handle/10665/89966>
7. World Health Organization. Mental Health ATLAS 2020 [Internet]. [citato 20 ottobre 2023]. Disponibile su: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240036703>
8. Salute mentale [Internet]. [citato 20 ottobre 2023]. Disponibile su: <https://www.epicentro.iss.it/mentale/mentale>
9. Schizofrenia [Internet]. [citato 29 ottobre 2023]. Disponibile su: <https://www.epicentro.iss.it/schizofrenia/>
10. Mental disorders [Internet]. [citato 27 ottobre 2023]. Disponibile su: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
11. Colombo G. Elementi di psichiatria. Settembre 2008, ristampa Settembre 2018. Padova: CLEUP; 2008.
12. Orlando G. La terapia della Gestalt con gli attacchi di panico: Modello

- Relazionale di Base, ciclo vitale e clinica in GTK. Phenom J - G Internazionale Psicopatol Neurosci E Psicoter. 6 ottobre 2020;2(2):82–91.
13. Kessler RC, Wang PS. The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annu Rev Public Health*. 2008;29:115–29.
 14. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, Severity, and Comorbidity of Twelve-month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Arch Gen Psychiatry*. giugno 2005;62(6):617–27.
 15. Baldwin D, Stein M, Friedman M. Generalized anxiety disorders in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis [Internet]. UpToDate. Disponibile su: <https://www.uptodate.com/contents/generalized-anxiety-disorder-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?csi=811d7d2c-fd2d-45e2-b842-f846992d0aec&source=contentShare>
 16. What are Anxiety Disorders? [Internet]. [citato 29 ottobre 2023]. Disponibile su: <https://www.psychiatry.org:443/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders>
 17. Balaram K, Marwaha R. Agoraphobia. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citato 7 settembre 2023]. Disponibile su: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554387/>
 18. Cackovic C, Nazir S, Marwaha R. Panic Disorder. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citato 8 settembre 2023]. Disponibile su: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430973/>
 19. Locke AB, Kirst N, Shultz CG. Diagnosis and management of generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. *Am Fam Physician*. 1 maggio 2015;91(9):617–24.
 20. Salute mentale epidemiologia nel mondo [Internet]. [citato 27 ottobre 2023]. Disponibile su: <https://www.epicentro.iss.it/mentale/epidemiologia-mondo>

21. Kessler RC, Chiu WT, Jin R, Ruscio AM, Shear K, Walters EE. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. aprile 2006;63(4):415–24.
22. Roy-Byrne PP. Panic disorder in adults: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis - UpToDate [Internet]. UpToDate. 2022 [citato 13 settembre 2023]. Disponibile su:
https://www.uptodate.com/contents/panic-disorder-in-adults-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=attacchi%20di%20panico%20epidemiologia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
23. de Jonge P, Roest AM, Lim CCW, Florescu SE, Bromet E, Stein D, Harris M, Nakov V, Caldas-de-Almeida JM, Levinson D, Al-Hamzawi AO, Haro JM, Viana MC, Borges G, O'Neill S, de Girolamo G, Demyttenaere K, Gureje O, Iwata N, Lee S, Hu C, Karam A, Moskalewicz J, Kovess-Masfety V, Navarro-Mateu F, Browne MO, Piazza M, Posada-Villa J, Torres Y, ten Have ML, Kessler RC, Scott KM. Cross-national Epidemiology of Panic Disorder and Panic Attacks in the World Mental Health Surveys. *Depress Anxiety*. dicembre 2016;33(12):1155–77.
24. DeGeorge KC, Grover M, Streeter GS. Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder in Adults. *Am Fam Physician*. agosto 2022;106(2):157–64.
25. DSM-5-TR Online Assessment Measures [Internet]. [citato 6 ottobre 2023]. Disponibile su:
<https://www.psychiatry.org:443/psychiatrists/practice/dsm/educational-resources/assessment-measures>
26. Kuramoto J. Severity measure for panic disorder - adult.
27. Efron G, Wootton BM. Remote cognitive behavioral therapy for panic disorder: A meta-analysis. *J Anxiety Disord*. 1 aprile 2021;79:102385.
28. Craske M, Stein M, Friedman M. Psychotherapy for panic disorder with or without agoraphobia in adults [Internet]. UpToDate. 2023 [citato 9 ottobre 2023]. Disponibile su:

https://www.uptodate.com/contents/psychotherapy-for-panic-disorder-with-or-without-agoraphobia-in-adults/print?source=history_widget

29. Hossain MM, Tasnim S, Sultana A, Faizah F, Mazumder H, Zou L, McKyer ELJ, Ahmed HU, Ma P. Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. *F1000Research*. 23 giugno 2020;9:636.
30. Georgieva I, Lepping P, Bozev V, Lickiewicz J, Pekara J, Wikman S, Loseviča M, Raveesh BN, Mihai A, Lantta T. Prevalence, New Incidence, Course, and Risk Factors of PTSD, Depression, Anxiety, and Panic Disorder during the Covid-19 Pandemic in 11 Countries. *Healthcare*. 3 giugno 2021;9(6):664.
31. Perna G, Caldirola D. COVID-19 and panic disorder: clinical considerations for the most physical of mental disorders. *Braz J Psychiatry*. 3 agosto 2020;43(1):110–1.
32. EpiCentro. L'impatto della pandemia COVID-19 sulla salute mentale: l'impegno in ISS [Internet]. [citato 28 ottobre 2023]. Disponibile su: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-salute-mentale>
33. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey MJ, Chatterjee S, Lahiri D, Lavie CJ. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev*. 1 settembre 2020;14(5):779–88.
34. Chidiebere Okechukwu E, Tibaldi L, La Torre G. The impact of COVID-19 pandemic on mental health of Nurses. *Clin Ter*. 2020;171(5):e399–400.
35. Nam SH, Yang JC. COVID-19 Pandemic and Mental Health of Vulnerable Two Groups: Developmental Trauma of the Child-Adolescents and Work Disaster of Health Care Workers. *Chonnam Med J*. gennaio 2021;57(1):7–12.
36. Kandula UR, Wake AD. Assessment of Quality of Life Among Health Professionals During COVID-19: Review. *J Multidiscip Healthc*. 30 dicembre 2021;14:3571–85.
37. Buselli R, Corsi M, Baldanzi S, Chiumiento M, Del Lupo E, Dell'Oste V, Bertelloni CA, Massimetti G, Dell'Osso L, Cristaudo A, Carmassi C. Professional Quality of Life and Mental Health Outcomes among Health Care

Workers Exposed to Sars-Cov-2 (Covid-19). *Int J Environ Res Public Health*. gennaio 2020;17(17):6180.

38. Amezcua Sánchez A, Conejo Pérez N, González López C. Situación de los profesionales de enfermería durante la pandemia respecto a la conciliación personal, familiar y laboral desde una perspectiva social y política. *Nure Investig*. 6 luglio 2022;(118):1–11.

39. Okechukwu EC. The impact of COVID-19 pandemic on mental health of Nurses.

40. Nagel C, Nilsson K. Nurses' Work-Related Mental Health in 2017 and 2020—A Comparative Follow-Up Study before and during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 23 novembre 2022;19(23):15569.

41. Lusher J, Murrell A, Mafuva C, Awire E. Covid-19 pandemic and the surge of panic attacks among NHS nursing staff: A...: EBSCOhost Research Databases [Internet]. [citato 4 ottobre 2023]. Disponibile su:

<https://web.s.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=5&sid=de15d331-ceb9-40e3-b5b2->

[de0aece9d88b%40redis&bdata=Jmxhbm9aXQtaXQmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=cui&AN=146497989](https://web.s.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=5&sid=de15d331-ceb9-40e3-b5b2-de0aece9d88b%40redis&bdata=Jmxhbm9aXQtaXQmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=cui&AN=146497989)

42. Di Tella M, Romeo A, Benfante A, Castelli L. Mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy. *J Eval Clin Pract*. 2020;26(6):1583–7.

43. Ślusarska B, Nowicki GJ, Niedorys-Karczmarczyk B, Chrzan-Rodak A. Prevalence of Depression and Anxiety in Nurses during the First Eleven Months of the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [citato 2 novembre 2023];19(3). Disponibile su:

https://journals.scholarsportal.info/details/16617827/v19i0003/nfp_podaaipasram.xml

44. Saragih ID, Tonapa SI, Saragih IS, Advani S, Batubara SO, Suarilah I, Lin CJ. Global prevalence of mental health problems among healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 1 settembre 2021;121:104002.

45. Khoundabi B, Soltani A, Marzaleh MA. Psychological Problems of the Nursing Staff in COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Iran Red Crescent Med J* [Internet]. 29 agosto 2021 [citato 3 novembre 2023];23(6). Disponibile su: <https://ircmj.com/index.php/IRCMJ/article/view/501>
46. Greenberg N, Weston D, Hall C, Caulfield T, Williamson V, Fong K. Mental health of staff working in intensive care during COVID-19. *Occup Med Oxf Engl*. 13 gennaio 2021;kqaa220.
47. Hickling MT, Barnett SD. Psychological impact of COVID-19 on nursing personnel: A regional online survey. *J Adv Nurs John Wiley Sons Inc*. settembre 2022;78(9):3025–33.
48. Damico V, Demoro G, Bolgi S, Chirino A, Molina F, D'alessandro A, Murano L, Russello G, Cataldi G. Impact of COVID-19 outbreak on ICU nurses' mental health. An Italian multicenter study. *Prof Inferm*. gennaio 2022;75(1):51–8.
49. Havaei F, Smith P, Oudyk J, Potter GG. The impact of the COVID-19 pandemic on mental health of nurses in British Columbia, Canada using trends analysis across three time points. *Ann Epidemiol*. 1 ottobre 2021;62:7–12.
50. Husky MM, Villeneuve R, Tabue Teguo M, Alonso J, Bruffaerts R, Swendsen J, Amieva H. Nursing Home Workers' Mental Health During the COVID-19 Pandemic in France. *J Am Med Dir Assoc*. luglio 2022;23(7):1095–100.
51. Zimmermann M, Chong AK, Vechiu C, Papa A. Modifiable risk and protective factors for anxiety disorders among adults: A systematic review. *Psychiatry Res*. 1 marzo 2020;285:112705.
52. Moreno-Peral P, Conejo-Cerón S, Motrico E, Rodríguez-Morejón A, Fernández A, García-Campayo J, Roca M, Serrano-Blanco A, Rubio-Valera M, Ángel Bellón J. Risk factors for the onset of panic and generalised anxiety disorders in the general adult population: A systematic review of cohort studies. *J Affect Disord*. 15 ottobre 2014;168:337–48.
53. Che H, Wu H, Qiao Y, Luan B, Zhao Q, Wang H. Association between long working hours and mental health among nurses in China under COVID-

- 19 pandemic: based on a large cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 7 aprile 2023;23(1):234.
54. D 'emeh Waddah Mohammad, Yacoub MI, Shahwan BS. Work-Related Stress and Anxiety Among Frontline Nurses During the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. agosto 2021;59(8):31–42.
55. Alfonsi V, Scarpelli S, Gorgoni M, Couyoumdjian A, Rosiello F, Sandroni C, Corsi R, Pietrantonio F, Gennaro LD. Healthcare Workers after Two Years of COVID-19: The Consequences of the Pandemic on Psychological Health and Sleep among Nurses and Physicians. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. gennaio 2023 [citato 30 ottobre 2023];20(2). Disponibile su: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9859438/>
56. Zehra A, Tugba P. Prevalence and Associated Factors of Anxiety, Depression and Post-traumatic Stress among Frontline Nurses during COVID-19: A Cross-sectional Study. *Int J Caring Sci*. gennaio 2023;16(1):176–89.
57. Salari N, Khazaie H, Hosseini-Far A, Khaledi-Paveh B, Kazeminia M, Mohammadi M, Shohaimi S, Daneshkhah A, Eskandari S. The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression. *Hum Resour Health*. 17 dicembre 2020;18:100.
58. Cho KH, Kim B. The Psychological Responses of Nurses Caring for COVID-19 Patients: A Q Methodological Approach. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [citato 30 ottobre 2023];18(7). Disponibile su: https://journals.scholarsportal.info/details/16617827/v18i0007/nfp_tpronccpaqma.xml
59. Meta Analysis of the Influence of COVID-19 Patient Services on the Level of Anxiety and Depression in Nurses in Hospital | *Journal of Health Policy and Management*. 28 giugno 2022 [citato 3 novembre 2023]; Disponibile su: <https://thejhpm.com/index.php/thejhpm/article/view/256>
60. Psychological distress among health service providers during COVID-19 pandemic in Nepal | *PLOS ONE* [Internet]. [citato 3 novembre 2023].

Disponibile su:

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0246784>

61. Khan TM, Tahir H, Salman M, Ul Mustafa Z, Raza MH, Asif N, Shehzadi N, Hussain K, Al-Worafi YM, Biag MR. General Anxiety Predictors among Frontline Warriors of COVID: Cross-Sectional Study among Nursing Staff in Punjab, Pakistan. *Arch Pharm Pract*. 2021;12(2):40–4.

62. Walton M, Murray E, Christian MD. Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 1 aprile 2020;9(3):241–7.

63. EpiCentro. COVID-19: gestione dello stress tra gli operatori sanitari [Internet]. [citato 28 ottobre 2023]. Disponibile su:

<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-gestione-stress-operatori>

64. What is Cognitive Behavioral Therapy?

65. What is Mental Illness? [Internet]. [citato 29 ottobre 2023]. Disponibile su: <https://www.psychiatry.org:443/patients-families/what-is-mental-illness>

66. Indicazioni ad Interim per la gestione dello stress lavoro - correlato negli operatori sanitari e socio - sanitari durante lo scenario emergenziale SARS-CoV-2 [Internet]. [citato 8 novembre 2023]. Disponibile su:

[https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-](https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+22_2020.pdf/4228a5f9-ab61-42e5-24be-490f59ea0a99?t=1589209502179)

[19+22_2020.pdf/4228a5f9-ab61-42e5-24be-](https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+22_2020.pdf/4228a5f9-ab61-42e5-24be-490f59ea0a99?t=1589209502179)

[490f59ea0a99?t=1589209502179](https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+22_2020.pdf/4228a5f9-ab61-42e5-24be-490f59ea0a99?t=1589209502179)

ALLEGATI

ALLEGATO I

	Titolo, autore, anno, tipologia di studio, rivista	Obiettivo, campione, materiali e metodi	Risultati
1	<p>Titolo: Mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy</p> <p>Autore: Di Tella, Romeo, Benfante, Castelli</p> <p>Anno: 2020</p> <p>Studio: studio trasversale</p> <p>Rivista: <i>The Journal of Evaluation in Clinical Practice</i></p>	<p>Obiettivo: analizzare l' impatto psicologico della pandemia COVID-19 tra gli operatori sanitari in Italia</p> <p>Campione: 145 operatori sanitari (72 medici e 73 infermieri)</p> <p>Materiali e metodi: la risposta dei sanitari è stata inclusa in un software finale. I partecipanti hanno fornito informazioni cliniche e demografiche e completato una scala riguardante la qualità di vita - salute, ansia, depressione e Disturbo Post Traumatico da Stress</p>	<p>Un confronto tra gli operatori sanitari che lavorano nei reparti COVID-19 e in altre unità operative ha rivelato che i primi riportavano livelli più elevati di sintomi depressivi e di DPTS. Inoltre, i risultati delle analisi hanno dimostrato che ne gli operatori sanitari che lavorano a contatto con i pazienti COVID-19 positivi, il genere femminile, il non avere una relazione e l' età più giovane predicono significativamente i sintomi depressivi e il DPTS; inoltre, essere donna e anziana è risultato correlato a livelli più elevati di DPTS.</p>
2	<p>Titolo: Work – related stress and anxiety among frontline nurses during the COVID-19 pandemic: a cross sectional study</p> <p>Autore: D' emeh, Yacoub et al.</p> <p>Anno: 2021</p> <p>Studio: studio trasversale</p> <p>Rivista: <i>Journal of Psychosocial nursing and mental health services</i></p>	<p>Obiettivo: lo studio ha l' obiettivo di investigare quali sono i fattori correlati al lavoro che portano a stress ed ansia tra gli infermieri a contatto con pazienti COVID-19 positivi.</p> <p>Campione: 240 infermieri</p> <p>Materiali e metodi: i dati sono stati raccolti attraverso la somministrazione agli infermieri di 2 scale di valutazione per l' ansia.</p>	<p>La pandemia da COVID-19 ha messo sotto pressione i sistemi sanitari a livello mondiale. Sono state riscontrate differenze tra gli infermieri per quel che riguarda stress ed ansia in base al genere, titolo professionale, ore medie di lavoro settimanali, area di lavoro e presenza della paura di essere infettati dal COVID-19. Si dimostra la necessità di promuovere il benessere dei sanitari.</p>

ALLEGATO II

	Titolo, autore, anno, tipologia di studio, rivista	Obiettivo, campione, materiali e metodi	Risultati
3	<p>Titolo: Healthcare Workers after Two Years of COVID-19: The Consequences of the Pandemic on Psychological Health and Sleep among Nurses and Physicians Autore: Alfonsi et al. Anno: 2023 Studio: studio trasversale Rivista: <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i></p>	<p>Obiettivo: analizzare l' impatto della pandemia sulla salute mentale e sul sonno tra infermieri e medici italiani. Campione: un totale di 287 operatori sanitari, tra cui 212 infermieri e 75 medici dell' Azienda ASL Roma 6 Materiali e metodi: il campione ha completato un sondaggio online, in Google Forms. Il sondaggio necessitava di circa 20 minuti per il completamento ed era disponibile da febbraio a giugno 2022.</p>	<p>Lo studio dimostra come infermieri abbiano un maggior impatto traumatico a seguito della Pandemia rispetto ai medici. Inoltre, l' anzianità di servizio furge da fattore protettivo. Entrambe le figure professionali dimostrano alti punteggi nelle scale psicologiche e di sonno durante la fase della pandemia rispetto a prima di questa. Anche il lavorare in prima linea risulta fattore che incrementa i livelli di disturbi di salute mentale negli infermieri. Lo studio dimostra l' importante impatto della pandemia sugli operatori sanitari, specialmente tra gli infermieri e afferma che si rende necessaria un' azione di protezione per queste figure dal punto di vista della salute mentale.</p>
4	<p>Titolo: Anxiety among frontline healthcare workers supporting patients with COVID-19: a global survey Autore: Cag, Edem et al. Anno: 2020 Studio: studio quantitativo Rivista: <i>Elsievier</i></p>	<p>Obiettivo: verificare lo stato d' ansia in un campione di operatori sanitari che lavorano con pazienti COVID-19 in diverse regioni a livello globale. Campione: 1416 operatori sanitari (70.8% medici, 26.2% infermieri) da 75 Paesi. Materiali e metodi: sondaggio online internazionale, partecipazione volontaria e iscrizione tramite Google Drive, in un periodo di 2 settimane a partire da marzo 2020.</p>	<p>Lo studio ha l' obiettivo di esaminare lo stato di ansia in un ampio campione di operatori sanitari che forniscono assistenza a pazienti COVID-19 in diverse parti del mondo. L' analisi statistica ha rilevato che il genere femminile, l' occupazione come infermieri in prima linea, la giovane età, conoscenze insufficienti sul COVID-19, mancanza di attrezzature di protezione personale adeguate, presenza di disturbi di salute mentale preesistenti, sono associati a livelli aumentati di ansia.</p>

ALLEGATO III

Titolo, autore, anno, tipologia di studio, rivista	Obiettivo, campione, materiali e metodi	Risultati
<p>5</p> <p>Titolo: Nurses' Work – Related Mental Health in 2017 and 2020. A comparative Follow-Up Study before and during the COVID-19 Pandemic Autore: Nagel, Nilsson Anno: 2022 Studio: studio longitudinale Rivista: <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i></p>	<p>Obiettivo: l' obiettivo dello studio è quello di verificare l' associazione e gli effetti dei differenti fattori nelle situazioni lavorative degli infermieri correlate alle diagnosi di salute mentale collegate a lavoro degli infermieri, prima e durante la pandemia COVID-19. Campione: nel 2017, 4692 infermieri hanno completato il sondaggio; nel 2020, 7781 partecipanti hanno risposto Materiali e metodi: lo studio fa parte di un grande programma di ricerca. Nella primavera del 2017 era stato inoltrato un link ad alcuni operatori sanitari nella regione di Skane in Svezia attraverso e-mail. Lo studio di follow-up è stato condotto nell' autunno 2020, dove gli operatori sanitari che erano assunti nel 2017 lo erano ancora nel 2020 e sono stati invitati a completare il sondaggio online</p>	<p>C' è stato un aumento delle diagnosi in entrambe le aree esaminate: esaurimento / stress e depressione / ansia tra 2017 e 2020. 128 tra gli infermieri che non avevano riportato problemi di salute mentale hanno affermato di avere un disturbo mentale diagnosticato tra esaurimento / stress e depressione / ansia nel 2020.</p>
<p>6</p> <p>Titolo: COVID-19 confessions: a qualitative exploration of healthcare workers experiences of working with COVID-19 Autore: Bennett et al. Anno: 2020 Studio: studio qualitativo Rivista: <i>British Medical Journal</i></p>	<p>Obiettivo: ottenere informazioni dettagliate e preoccupazioni Campione: 54 operatori sanitari, tra cui 27 medici, 13 infermieri, 14 altre figure. Materiali e metodi: raccolta dati tramite un sito web anonimo pubblicizzato tramite Twitter, raccolta di esperienze COVID-19 non censurate.</p>	<p>L' analisi ha identificato temi comuni, con aspetto centrale costituito dall' esperienza e dalle conseguenze psicologiche del trauma. Temi specifici erano lo shock provocato dalla pandemia, sacrificio e dedizione del personale sanitario, danni collaterali del SARS-CoV-2 e gerarchia di potere e disuguaglianza all' interno del sistema sanitario.</p>

ALLEGATO IV

	Titolo, autore, anno, tipologia di studio, rivista	Obiettivo, campione, materiali e metodi	Risultati
7	<p>Titolo: Mental Health of staff working in Intensive Care during COVID-19 Autore: Greenberg, Weston Hall et al. Anno: 2021 Studio: studio osservazionale Rivista: <i>Oxford University Press</i></p>	<p>Obiettivo: identificare probabili disturbi di salute mentale nel personale che lavora nelle Terapie Intensive di 9 diversi ospedali inglesi tra giugno e luglio 2020. Campione: 709 partecipanti (291 medici, 344 infermieri e 74 altri operatori) Materiali e metodi: sondaggio anonimo sul web, con questionario riguardante depressione, ansia, DPTS, benessere e assunzione di alcol da parte dello staff.</p>	<p>I risultati indicano che una percentuale significativa (45%) del personale delle Terapie Intensive ha riportato disturbi di salute mentale tra cui depressione grave ansia grave e consumo eccessivo di alcol. In particolare, il personale infermieristico sembra essere la figura maggiormente colpita, con tassi più elevati di disturbi di salute mentale rispetto ai medici.</p>
8	<p>Titolo: The impact of COVID-19 pandemic on mental health of Nurses Autore: Chidibere Okechukwu, Tibaldi, La Torre Anno: 2020 Studio: revisione sistematica Rivista: <i>La Clinica Terapeutica</i></p>	<p>Riassunto: L' articolo evidenzia il fatto che la pandemia ha avuto un impatto negativo sulla salute mentale degli infermieri, portando a problemi come il distress psicologico e la paura dovuta alla quarantena. Questo stress potrebbe portare a disturbo da stress post traumatico, ridotta efficienza nel servizio, ideazione suicidaria e suicidio. L' articolo sottolinea l' importanza di valutare e preservare la salute mentale degli infermieri e operatori sanitari.</p>	
9	<p>Titolo: The Prevalence of stress, anxiety and depression within frontline healthcare workers caring for COVID-19 patient: a systematic review and meta regression Autore: Salari et al. Anno: 2020 Studio: Revisione sistematica Rivista: <i>Human Resources for Health</i></p>	<p>Riassunto: Lo studio è stato condotto con l' obiettivo di esaminare la prevalenza di stress, ansia e depressione tra gli operatori sanitari in prima linea durante il COVID-19. La metodologia utilizzata comprende una revisione sistematica per stimare tali prevalenze, utilizzando diversi database e keywords per la ricerca, coprendo un periodo da dicembre 2019 a giugno 2020. Lo studio dimostra chiaramente che il personale sanitario in prima linea che si prende cura dei pazienti COVID-19 positivi ha livelli elevati di stress, ansia e depressione. Gli autori sottolineano l' importanza di prendere misure di prevenzione e controllo dei disturbi mentali tra il personale ospedaliero.</p>	

ALLEGATO V

	Titolo, autore, anno, tipologia di studio, rivista	Obiettivo, campione, materiali e metodi	Risultati
1	<p>Titolo: Psychological impact of COVID-19 on nursing personnel: a regional online survey Autore: Hickling, Barnett et al. Anno: 2022 Studio: studio trasversale Rivista: <i>Journal of Advanced Nursing</i></p>	<p>Obiettivo: si analizzano le reazioni della salute mentale al COVID-19 in diverse situazioni Campione: 112 infermieri Materiali e metodi: gli infermieri sono stati reclutati attraverso social media, tramite un link tra Luglio e Settembre 2020. È stato somministrato un questionario da 66 items</p>	<p>Sono stati identificati alti livelli di ansia (62%), depressione (31%) e DPTS (15%). Storia di pre esistenti disturbi di salute mentale è stato identificato come fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi di salute mentale in seguito a preoccupazione per il coronavirus.</p>
2	<p>Titolo: Association between long working hours and mental health among nurses in China under COVID-19 pandemic: based on a large cross sectional study Autore: Che, Wu et al. Anno: 2023 Studio: studio trasversale Rivista: <i>BMC Psychiatry</i></p>	<p>Obiettivo: indagare l' associazione e tra ore di lavoro e salute mentale tra gli infermieri durante la pandemia Campione: 2811 infermieri provenienti dalla Cina Materiali e metodi: questionario + utilizzo di scale di valutazione per l' ansia (GAD-7).</p>	<p>Lo studio ha dimostrato come gli infermieri che lavorano più ore (60 ore settimanali), corrono un rischio maggiore di sviluppare disturbi di salute mentale.</p>
3	<p>Titolo: Psychological distress among health service providers during COVID-19 pandemic in Nepal Autore: Kafle et al. Anno: 2021 Studio: studio trasversale Rivista: <i>PLOS ONE</i></p>	<p>Obiettivo: analizzare l' impatto psicologico del COVID-19 e le sue variabili associate tra operatori sanitari Campione: 254 operatori sanitari da diverse province del Nepal Materiali e metodi: questionario COVID-19 PenTraumatic Distress Index. Dati raccolti tra l' 11 e il 24 ottobre 2020.</p>	<p>I partecipanti di genere femminile e i medici di professione, hanno sperimentato maggiore distress psicologico in risposta alla Pandemia COVID-19.</p>

ALLEGATO VI

	Titolo, autore, anno, tipologia di studio, rivista	Obiettivo, campione, materiali e metodi	Risultati
4	<p>Titolo: Prevalence and Associated Factors of Anxiety, Depression and Post-traumatic Stress among Frontline Nurses during COVID-19: A Cross-sectional Study</p> <p>Autore: Zehra et al. Anno: 2023</p> <p>Studio: studio trasversale</p> <p>Rivista: <i>International Journal of Caring Sciences</i></p>	<p>Obiettivo: analizzare il livello di ansia, depressione e DPTS tra gli infermieri in prima linea durante la pandemia e i fattori di rischio</p> <p>Campione: totale di 250 infermieri di Istanbul, Turchia.</p> <p>Materiali e metodi: è stato somministrato un sondaggio online e condotto uno studio cross – sectional, da compilare tra il 7 agosto 2020 e il 25 dicembre 2020</p>	<p>I principali fattori che influenzano il punteggio del livello di ansia sono il genere femminile, la scarsa esperienza lavorativa, l' inadeguato supporto organizzativo.</p> <p>Tra i partecipanti, il 48% è risultato con alti livelli d' ansia, il 68% aveva alti livelli di depressione e il 51,2% di DPTS.</p>
5	<p>Titolo: General Anxiety among Frontline Warriors of COVID: Cross Sectional Study among Nursing Staff in Punjab, Pakistan</p> <p>Autore: Khan et al. Anno: 2021</p> <p>Studio: studio trasversale</p> <p>Rivista: <i>Archives of Pharmacy Practice</i></p>	<p>Obiettivo: determinare i DAG tra gli infermieri in alcuni ospedali in Pakistan.</p> <p>Campione: 133 infermieri</p> <p>Materiali e metodi: sondaggio online, scale di valutazione (GAD-7)</p>	<p>È stato analizzato che essere di genere femminile e avere un' età maggiore ai 31 anni, esperienza lavorativa inferiore ai 3 anni sono fattori di rischio per l' aumento di disturbi d' ansia.</p>
6	<p>Titolo: The impact of COVID-19 pandemic on mental health of nurses in British Columbia, Canada using trends analysis across three time points</p> <p>Autore: Havaei et al. Anno: 2021</p> <p>Studio: studio trasversale</p> <p>Rivista: <i>Annals of Epidemiology</i></p>	<p>Obiettivo: si esamina la prevalenza di ansia e depressione in 3 tempi (6 mesi prima, 1 mese dopo e 3 mesi dopo l' inizio della pandemia)</p> <p>Campione: 10117 infermieri</p> <p>Materiali e metodi: studio cross sectional ripetuto in 3 periodi diversi.</p>	<p>È stato verificato un incremento dal 10 al 15% in ansia e depressione tra il primo ed il secondo periodo, con livelli ancor più alti nel terzo periodo rispetto al primo.</p>

ALLEGATO VII

	Titolo, autore, anno, tipologia di studio, rivista	Obiettivo, campione, materiali e metodi	Risultati
7	<p>Titolo: Nursing home workers' mental health during the COVID-19 pandemic in France Autore: Husky, Villeneuve et al. Anno: 2022 Studio: studio trasversale Rivista: <i>Journal of the American Medical Director Association</i></p>	<p>Obiettivo: esaminare i problemi di salute mentale tra gli infermieri delle case di riposo nel contesto del COVID-19, analizzare le paure relative alla pandemia e identificare fattori associati ai correnti disturbi. Campione: 127 partecipanti di 6 diverse case di cura del sud-ovest della Francia Materiali e metodi: sondaggio online anonimo</p>	<p>Il 34,65% del campione incontra criteri per almeno 1 dei disturbi mentali. Gli attacchi di panico (22,05%) sono il disturbo più frequentemente riportato, seguito dalla depressione.</p>
8	<p>Titolo: Meta analysis of the influence of COVID-19 patient services on the level of anxiety and depression in nurses in Hospital Autore: Sudamono et al. Anno: 2022 Studio: revisione sistematica Rivista: <i>Journal of Health Policy and Management</i></p>	<p>Riassunto: L' articolo ha l' obiettivo di esaminare l' impatto dei servizi ai pazienti COVID-19 sul livello di ansia e depressione negli infermieri negli ospedali attraverso una meta analisi di studi primari. Dopo aver selezionato 12 studi trasversali condotti in America, Asia ed Europa, i dati raccolti hanno rivelato che gli infermieri che hanno servito pazienti COVID-19 avevano un rischio di sviluppare ansia 1.75 volte superiore rispetto a chi non lo faceva.</p>	

ALLEGATO VIII

	Titolo, autore, anno, tipologia di studio, rivista	Obiettivo, campione, materiali e metodi	Risultati
9	<p>Titolo: Psychological problems of the nursing staff in COVID-19 pandemic: a systematic review Autore: Khoundabi et al. Anno: 2021 Studio: revisione sistematica Rivista: <i>Iranian Red Crescent Medical Journal</i></p>	<p>Riassunto: La revisione sistematica ha selezionato alcuni studi, la maggior parte dei quali è stata condotta in Cina, seguita poi da Italia, Pakistan, India e Singapore. Gli studi hanno identificato una serie di disturbi di salute mentale comuni tra gli infermieri durante la pandemia, tra cui panico, ansia, depressione, mancanza di autocontrollo e disturbo da stress post traumatico. Lo studio sottolinea l'importanza di riconoscere e affrontare tali problemi di salute mentale e provvedere ad interventi educativi e di supporto psicologici per garantire il benessere mentale del personale infermieristico.</p>	
10	<p>Titolo: Prevalence of Depression and Anxiety in Nurses during the First Eleven Months of the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta Analysis Autore: Slusarska et al. Anno: 2022 Studio: revisione sistematica Rivista: <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i></p>	<p>Riassunto: L'obiettivo dell'articolo è quello di stimare l'incidenza di ansia e depressione tra gli infermieri durante la pandemia. Sono stati individuati 23 studi da 9 Paesi diversi, con un totale di 44.165 partecipanti. È risultato che l'incidenza dell'ansia è del 29%, della depressione del 22%. Si sottolinea l'importanza di fornire supporto psicologico completo agli infermieri.</p>	

ALLEGATO IX

	Titolo, autore, anno, tipologia di studio, rivista	Obiettivo, campione, materiali e metodi	Risultati
11	<p>Titolo: Impact of COVID-19 outbreak on ICU nurses' mental health. An Italian multicenter study</p> <p>Autore: Damico et al. Anno: 2022</p> <p>Studio: st. multicentrico</p> <p>Rivista: <i>Professioni Infermieristiche</i></p>	<p>Obiettivo: valutare variazioni negli infermieri in TI durante il COVID-19</p> <p>Campione: 359 infermieri (233 uomini e 126 donne)</p> <p>Materiali e metodi: studio che valuta la presenza dei disturbi a 6 e 12 mesi dall' inizio della pandemia</p>	<p>A 6 mesi dall' inizio della pandemia la prevalenza di ansia, depressione e DPTS era del 31.3%, 32.1% e 18.7%; a 12 mesi era rispettivamente del 34.8%, 36.4% e 24.1%. I fattori di rischio significativi per i pazienti con almeno 1 disturbo erano età 31-40 anni, sesso femminile, esperienza di lavoro 0-5 anni.</p> <p>Lo studio afferma che gli infermieri che hanno vissuto con pazienti COVID-19 hanno sperimentato 3 tipologie di risposte psicologiche: paura dello stigma sociale, ansia rispetto al rischio di infezione, stress riguardo la prevenzione delle infezioni.</p>
12	<p>Titolo: The psychological responses of nurses caring for COVID-19 patients: a Q – Methodological approach</p> <p>Autore: Cho et al. Anno: 2021</p> <p>Studio: st. longitudinale</p> <p>Rivista: <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i></p>	<p>Obiettivo: categorizzare le risposte psicologiche degli infermieri che hanno sperimentato la gestione dei pazienti COVID-19</p> <p>Campione: campione Q 34 persone, campione P 22 infermieri somministrati tra settembre 2020 e ottobre 2020</p>	<p>Lo studio afferma che gli infermieri che hanno vissuto con pazienti COVID-19 hanno sperimentato 3 tipologie di risposte psicologiche: paura dello stigma sociale, ansia rispetto al rischio di infezione, stress riguardo la prevenzione delle infezioni.</p>
13	<p>Titolo: Covid-19 pandemic and the surge of panic attacks among NHS nursing staff: An ethnographical perspective</p> <p>Autore: Lusher et al. Anno: 2020</p> <p>Studio: st. osservazionale</p> <p>Rivista: <i>Journal of Advanced Nursing</i></p>	<p>Obiettivo: verificare i disturbi di salute mentale tra gli operatori sanitari durante la pandemia</p> <p>Campione: infermieri provenienti dall' Inghilterra</p> <p>Materiali e metodi: analisi di studi e ricerche condotte in merito all' argomento, anche del Royal College of Nursing</p>	<p>L' articolo si basa su come il personale infermieristico del NHS sta vivendo la pandemia, facendo riferimento al punto di vista psicologico ed in particolare facendo attenzione agli attacchi di panico come risposta al distress provocato dal lavoro.</p>