

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**LA DEPRESSIONE DURANTE LA PANDEMIA DA
COVID-19: NUOVE PROSPETTIVE ASSISTENZIALI
INFERMIERISTICHE**

Relatore: Dott. Spanio Daniele

Laureando: Soligo Emilia

Matricola: 1228444

Anno accademico: 2021/2022

RIASSUNTO

Introduzione: La depressione è uno degli esiti più comuni dopo un trauma di massa, con l'avvento della pandemia da COVID-19 e le conseguenti restrizioni c'è stato un aumento dei disturbi a livello psicologico e sociale, per cui si è ritenuto opportuno studiare la variazione della sua incidenza.

Scopo: lo scopo dello studio è di verificare, attraverso una revisione di letteratura, se vi è stata, ed eventualmente in quali termini, una variazione dell'incidenza di depressione, se sono state implementate modifiche negli interventi infermieristici durante e dopo la pandemia ed analizzare le criticità a queste correlate percepite da utenti e personale infermieristico.

Materiali e metodi: la ricerca è stata condotta da maggio ad agosto 2022. Sono stati formulati i relativi quesiti ed è stata utilizzata la strategia Paziente Intervento Outcome (P.I.O.). Per trovare gli articoli maggiormente pertinenti alla stesura della tesi sono stati utilizzati sia Banche Dati (PubMed e Google Scholar) che sitografia.

Discussione e risultati: nel corso della pandemia da COVID-19 si è verificato un aumento dei livelli di depressione post infezione da COVID-19 e COVID-correlata. Per mantenere limitato il contagio è stata necessaria la diminuzione degli accessi presso i Centri di Salute Mentale con conseguente ricorso a metodologie già esistenti, ma fino ad allora poco utilizzati, quali telemedicina, telenursing e social media, che sono stati maggiormente impiegati per mantenere la continuità delle cure a distanza. Allo stesso tempo si è osservato un concomitante aumento dell'incidenza dei disturbi depressivi negli operatori sanitari.

Conclusioni: questo studio ha confermato un aumento, per incidenza e prevalenza, di depressione dovuto all'impatto psicologico e sociale che il COVID-19 ha avuto sulla popolazione soprattutto nel periodo di lockdown. Durante questo periodo sono state modificate anche le modalità assistenziali che, in linea con le recenti tendenze

comunicative e nel rispetto delle misure di contenimento pandemico hanno previsto un maggior utilizzo di social media, telemedicina e più nello specifico di telenursing.

Parole chiave: Depressione, COVID-19, servizi di salute mentale, organizzazione, malattie mentali, Centri di Salute Mentale, Telenursing, Telemedicina, lockdown

ABSTRACT

Introduction: Depression is one of the most common outcomes after mass trauma, with the advent of the COVID-19 pandemic and the consequent restrictions there has been an increase in psychological and social disorders, so it was considered appropriate to study the variation in its incidence.

Aim: The purpose of the study is to ascertain, through a literature review, whether there was, and if so in what terms, a change in the incidence of depression, whether changes in nursing interventions were implemented during and after the pandemic, and to analyze the critical issues related to these perceived by users and nursing staff.

Materials and methods: the research was conducted from May to August 2022. The relevant questions were formulated and the Patient Intervention Outcome (P. I. O.) strategy was used. Databases (PubMed and Google Scholar) and sitography were used to find the articles most relevant to the writing of the thesis.

Discussion and results: during the COVID-19 pandemic, there was an increase in the levels of post COVID-19 and COVID-related depression. To keep contagion limited, it was necessary to decrease the number of admissions to Mental Health Centers resulting in the use of existing but hitherto little-used methodologies such as telemedicine, telenursing and social media, which were most widely used to maintain continuity of care at a distance. At the same time, a concomitant increase in the incidence of depressive disorders in health care workers was observed.

Conclusion: This study confirmed an increase in incidence and prevalence of depression due to the psychological and social impact that COVID-19 had on the population, especially during the lockdown period. During this period, care modalities have also been modified which, in line with recent communication trends and in compliance with pandemic containment measures, have provided for a greater use of social media, telemedicine and more specifically telenursing.

Key Words: Depression, COVID-19, mental health services, organization, mental disorders, Mental Health Service, Telenursing, Telemedicine, lockdown.

INDICE

RIASSUNTO

ABSTRACT

INTRODUZIONE	3
1. PROBLEMA, SCOPO, QUESITI DI RICERCA	5
1.1 Problema	5
1.2 Finalità/scopo	5
1.3 Quesiti di ricerca	5
1.4 Utilità dello studio	5
2. REVISIONE DELLA LETTERATURA	7
2.1 Patologia da COVID-19	7
2.2 Salute mentale: la depressione	9
2.2.1 Definizione e classificazione dei disturbi dell'umore	11
2.3 Conseguenze psicologiche e sociali della pandemia da COVID-19	12
2.4 L'infermiere promotore della salute e la relazione con il paziente depresso ...	15
2.5 Disposizioni durante il COVID: il recepimento delle disposizioni normative governative in una realtà locale.	16
2.6 Dalle modalità tradizionali alle nuove strategie assistenziali	19
2.6.1 La telemedicina, il telenursing ed i social media.....	21
3. MATERIALI E METODI	25
3.1 Formulazione P.I.O.	25
3.2 Fonte dei dati e strategie di ricerca	25
3.3 Criteri di selezione del materiale	27
4. DISCUSSIONE	29
4.1 Aumento della depressione post covid e covid correlata	29
4.2 Chiusura Centri di Salute Mentale e riorganizzazione delle attività	30

4.3 Effetti della telemedicina, del telenursing e dei social media	32
5. CONCLUSIONE	35
5.1 Potenzialità e limiti della ricerca	35
5.2 Conclusioni finali.....	35

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

ALLEGATI

INTRODUZIONE

È noto che le persone sottoposte ad eventi traumatici di massa hanno maggiore probabilità di sviluppare un disturbo depressivo (1, 2). Visto il drammatico momento storico vissuto a cavallo tra la fine del 2019 ed i primi mesi del 2022, caratterizzato dal diffondersi del virus Sars COV-2, agente causale della patologia da COVID-19, è nato l'interesse di verificare la variazione di incidenza del disturbo depressivo nella popolazione generale e le nuove risorse che l'infermiere può utilizzare per fornire supporto assistenziale a coloro i quali ne soffrono, tenendo conto delle innovazioni tecnologiche disponibili in campo sanitario.

La pandemia COVID-19 ha causato disagio nella popolazione anche per il conseguente lockdown, il distanziamento sociale, il coprifuoco, la chiusura delle attività non essenziali e la quarantena. Questi fattori sono stati la causa principale per l'insorgenza di patologie a carico della salute mentale quali il disturbo depressivo maggiore (MDD), il disturbo post-traumatico da stress (PTSD), i disturbi d'ansia, i disturbi ossessivo-compulsivi e l'insonnia.

Nel corso di questo periodo i Centri di Salute Mentale (CSM) hanno dovuto ridurre gli accessi e selezionare solo quelli prioritari; si è spesso quindi verificato un ritardo diagnostico e di trattamento, oltre ad atteggiamenti negativi verso la psicoterapia e i servizi di salute mentale.

L'infermiere, insieme ad altre figure professionali sanitarie, ha dovuto adottare nuove tipologie di intervento per mantenere la continuità assistenziale dei pazienti affetti da depressione.

L'innovazione tecnologica ha permesso ai pazienti affetti da depressione di mantenere la continuità delle cure e di stabilire l'alleanza terapeutica necessaria.

Si sono sviluppate nuove modalità per comunicare con i soggetti affetti da depressione ed in carico al CSM, quali il telenursing e la telemedicina, metodi di assistenza a distanza indispensabili per fornire servizi di assistenza necessari ed equi ai pazienti a domicilio che in questo periodo non hanno potuto accedere ai servizi.

Visto il continuo aumento del disturbo depressivo nella popolazione come riportato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e l'invalidità che questa crea, è fondamentale attivare precocemente degli interventi atti ad alleviare i segni e sintomi

della patologia, garantendo una qualità di vita migliore ed aumentando le capacità di coping della persona.

L'infermiere si inserisce tra gli operatori promotori di salute; sono state dunque prese in considerazione le metodiche da questa figura adottate per fornire sostegno, supporto e per mantenere la continuità assistenziale basata su evidenze scientifiche (Evidence Based Nursing EBN) (3).

1. PROBLEMA, SCOPO, QUESITI DI RICERCA

1.1 Problema

La pandemia da COVID-19 ha reso necessaria la presa di posizione da parte del governo nei confronti della popolazione generale per limitare il contagio da questa patologia. Alcune disposizioni normative hanno regolamentato i contatti tra le persone, soprattutto nel periodo di lockdown, ma hanno permesso anche una modifica delle modalità operative in ambito sanitario. I soggetti più fragili sono stati i primi a risentirne maggiormente, specialmente le persone affette da depressione. In tutta la popolazione a causa del distanziamento sociale si è verificato una variazione dell'incidenza di depressione.

1.2 Finalità/scopo

L'obiettivo della ricerca è quello di verificare se vi è stata una variazione dell'incidenza di depressione, e se vi sono state delle modifiche negli interventi assistenziali infermieristici durante la pandemia ed analizzare le criticità maggiormente percepite da utenti e personale infermieristico.

1.3 Quesiti di ricerca

Questo elaborato è stato redatto effettuando una ricerca motivata da alcuni quesiti:

- Con la pandemia COVID-19 si è verificata una variazione di incidenza di depressione?
- Quali altri fattori hanno contribuito durante tale pandemia allo sviluppo di depressione?
- Come sono cambiate le modalità assistenziali nei confronti dei pazienti con patologie a carico della salute mentale (specialmente affetti da depressione)?

1.4 Utilità dello studio

Il presente elaborato suggerisce le diverse modalità assistenziali che possono essere utilizzate dal personale infermieristico sia in situazioni di emergenza che in situazioni di svantaggio per i pazienti, specialmente per coloro che sono affetti da depressione, mantenendo in ogni caso la continuità terapeutica.

Nello studio trova ampia rilevanza la modifica del tradizionale modus operandi infermieristico, con l'ampliamento dell'utilizzo di telemedicina, telenursing e social media.

2. REVISIONE DELLA LETTERATURA

2.1 Patologia da COVID-19

Il 31 dicembre 2019 la Commissione Sanitaria Municipale di Wuhan (Cina) ha segnalato all'OMS un gruppo di casi di polmonite a eziologia ignota nella città di Wuhan, nella provincia cinese di Hubei.

Il 9 gennaio 2020, il Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie cinese (CDC) ha riferito che è stato identificato un nuovo coronavirus (SARS-CoV-2) come agente causale della malattia respiratoria poi denominata COVID-19 (Corona Virus Disease). La Cina ha pubblicato la sequenza genomica che ha permesso la realizzazione di un test diagnostico. Il 30 gennaio l'OMS ha dichiarato l'epidemia di Coronavirus in Cina emergenza internazionale di salute pubblica (4).

L'11 marzo 2020 Tedros Adhanom Ghebreyesus, il direttore generale dell'OMS, ha definito la diffusione del COVID-19 non più una epidemia confinata ad alcune zone geografiche, ma una pandemia diffusa in tutto il pianeta (5). È stato così dichiarato dal governo italiano lo stato di lockdown che prevedeva la definizione di specifiche misure di contenimento e quarantena, quali l'interdizione di tutti gli incontri pubblici e rigorose restrizioni alla circolazione (6).

I coronavirus utilizzano la proteina spike (S) che si trova sulla loro superficie per riconoscere e legarsi a recettori specifici della cellula ospite, provocando l'ingresso del virus e causando la malattia (7).

Il SARS COV-2 è un virus a RNA a filamento singolo che appartiene alla sottofamiglia Orthocoronavirinae, i cui membri presentano sulla superficie delle caratteristiche punte "a forma di corona". Il Coronavirus è uno tra i principali organismi patogeni che colpiscono il sistema respiratorio nell'uomo (7).

Le caratteristiche di trasmissione del SARS-CoV-2 sono molto simili a quelle del SARS-CoV e dell'influenza pandemica. Il COVID-19 si trasmette da persona a persona attraverso diverse vie, principalmente tramite goccioline respiratorie ("droplets"), il che rende difficile contenerne la diffusione nella comunità (8).

Dopo il periodo di incubazione, i pazienti presentano sintomi simili, inclusi febbre, tosse, malessere generale, astenia. Una piccola percentuale di pazienti manifesta anche sintomi gastrointestinali, come diarrea e vomito. Gli anziani e i soggetti con

comorbilità sviluppano rapidamente la sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS), shock settico, acidosi metabolica e disfunzione della coagulazione, che possono portare alla fine a insufficienza multiorgano e persino alla morte (7).

Il periodo di incubazione in media è di 1–14 giorni, tuttavia generalmente è di 3–7 giorni. SARS-CoV-2 può essere presente nella gola o nel naso alcuni giorni prima dell'insorgenza dei sintomi. È interessante notare che i soggetti completamente asintomatici possono avere cariche virali simili a quelle dei pazienti sintomatici. Ciò implica che gli individui asintomatici possono essere possibili fonti di infezione.

I pazienti con COVID-19 sperimentano vari gradi di gravità e l'80% di loro ha un'infezione lieve. Circa il 15% dei casi sviluppa una malattia grave caratterizzata da dispnea, ipossia e alterazioni polmonari all'imaging; il 5% è gravemente malato, con insufficienza respiratoria, shock e/o disfunzione multiorgano (8).

L'età media degli individui affetti da gravi complicanze legate al COVID-19 varia da 49 a 56 anni. Il tasso di mortalità aumenta con l'età, con un aumento significativo sopra gli 80 anni di età. Il tasso di mortalità e del rischio di infezione è aumentato nei pazienti che presentano comorbilità, tra cui diabete, malattie cardiache, malattie renali croniche, malattie polmonari croniche e altri fattori sociodemografici (8).

Il rilevamento rapido e accurato di COVID-19 è diventato fondamentale per una risposta efficace e per prevenire un'ulteriore diffusione in vaste popolazioni; anche il tracciamento dei contatti ha dimostrato di essere di estrema importanza. La salute pubblica e gli approcci preventivi sono le attuali strategie per frenare la trasmissione di COVID-19 e concentrarsi su test, tracciabilità dei casi, isolamento, distanziamento sociale e igiene personale. Importanti misure di prevenzione e controllo COVID-19 nella comunità includono igiene delle mani, dispositivi di protezione individuale (DPI), distanziamento sociale, isolamento, chiusure scolastiche e sul posto di lavoro, quarantena e riduzione degli spostamenti nazionali ed internazionali. L'OMS ha infatti raccomandato l'uso dei DPI da parte degli operatori sanitari in quanto è più probabile che siano sempre più esposti al virus e dovrebbero indossare mascherine medico/chirurgiche, camici, guanti e visiere durante il trattamento di pazienti infetti o la raccolta di campioni (9, 10).

La quarantena è risultata essere il metodo più efficace per ridurre il numero di casi infetti (8).

2.2 Salute mentale: la depressione

La pandemia da COVID-19, e le disposizioni adottate dal governo per contenerne il contagio hanno causato nella popolazione una sostanziale modifica delle abitudini quotidiane.

Ciò sembra aver influito negativamente su incidenza e prevalenza di disturbi psicologici e sociali, specialmente di depressione.

La salute è definita dall'OMS come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente assenza di malattia o di infermità (11).

Da questo assunto possiamo evidenziare l'importanza del benessere mentale e quindi definirne lo stato di salute, com'è stato fatto dall'OMS, ovvero, uno stato completo di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo riesce ad usare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere ogni giorno alle esigenze quotidiane della vita, stabilire relazioni esaurienti con gli altri, partecipare in maniera costruttiva ai cambiamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni.

Le patologie a carico della salute mentale sono da sempre viste come qualcosa di negativo, associate a condotte devianti, comportamenti inadeguati, pericolosità, suscitando nella persona sentimenti di colpa per la propria condizione patologica.

Nonostante l'evoluzione della nostra società sussistono ancora molti pregiudizi e stigma sociale riguardante tali patologie. Questo fa sì che ci sia una maggiore difficoltà per le persone affette da malattie riguardanti la salute mentale nel rivolgersi a servizi di diagnosi e cura per non essere etichettati (12).

Possiamo dunque definire i disturbi mentali come *“una sindrome caratterizzata da un'alterazione clinicamente significativa della sfera cognitiva, della regolazione delle emozioni o del comportamento di un individuo, che riflette una disfunzione nei processi biologici, psicologici o evolutivi che sottendono il funzionamento mentale. I disturbi mentali sono solitamente associati a un livello significativo di disagio o disabilità in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti. Una reazione prevedibile o culturalmente approvata a un fattore stressante o a una perdita comune, come la morte di una persona cara, non è disturbo mentale [...]”* (13).

I disturbi dell'umore sono tra i disturbi psichiatrici maggiormente presenti nella

popolazione generale. Tra questi abbiamo la depressione, che è caratterizzata da una sensazione di tristezza ed anedonia persistenti, con difficoltà associate al funzionamento quotidiano (14).

I sintomi non sono meglio spiegati da un altro Disturbo Mentale, Comportamentale o del Neurosviluppo ed in aggiunta, con i comportamenti, non sono una manifestazione di un'altra condizione medica o dovuti agli effetti di una sostanza o di farmaci (15).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità già nel 2012 aveva dichiarato che nel 2020 la depressione sarebbe stata la più diffusa al mondo tra tutte le malattie mentali e la seconda malattia più diffusa dopo le patologie cardiovascolari (16).

A livello mondiale, la depressione è una delle principali cause di disabilità, la sua presenza influenza significativamente la prevalenza, l'andamento e gli esiti di molte comuni comorbidità mediche generali (17). Solo circa la metà delle persone depresse riceve un trattamento adeguato nonostante l'esistenza di terapie di alta qualità basate sull'evidenza (18).

Ci sono diversi fattori che predispongono a tale patologia come, condizioni relative alle fasi dello sviluppo (infanzia), il basso status socioeconomico, l'esposizione ad eventi stressanti, mancanza di supporto, una storia personale o familiare di depressione, dipendenza da alcol, sesso femminile, parto recente, età avanzata, ed infine comorbidità mediche croniche, come diabete, malattie cardiovascolari od obesità. Non esiste però ancora una causa fisiopatologica precisa e non sono ancora disponibili marker diagnostici biologici o test di screening utili ed attendibili (18).

Talvolta, se non adeguatamente trattata, o comunque trascurata, può avere un importante impatto sulla vita quotidiana e portare a gravi complicanze fino ad arrivare al suicidio (19). In Europa, già prima della pandemia da COVID-19, ogni anno i disturbi mentali ammontavano a circa il 15% del peso complessivo della sanità con costi pari a circa 600 miliardi di euro, nello stesso periodo di tempo possiamo notare che 84 milioni di europei sono colpiti da un problema di salute mentale, 84mila persone muoiono per disturbi mentali o a seguito di suicidi; il 5% degli europei ha sofferto di un disturbo depressivo, circa il 4% ha avuto un disturbo d'ansia (20, 21).

2.2.1 Definizione e classificazione dei disturbi dell'umore

I disturbi dell'umore sono patologie a carico della salute mentale, si distinguono in base alla polarità dell'umore coinvolto durante gli episodi. Si possono distinguere i disturbi unipolari, come la depressione, caratterizzata da periodi di eccessiva e prolungata tristezza, ed i disturbi bipolari caratterizzati dalla coesistenza di entrambe le polarità, quella depressiva e quella maniacale (eccessiva allegria o esaltazione) (22). Per classificare, o diagnosticare un determinato disturbo mentale, nella quale vengono compresi anche i disturbi dell'umore, e quindi la depressione, ci si affida a diversi strumenti, tra cui il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (DSM-V) (Tabella I. Distinzione e diagnosi dei disturbi depressivi DSM – V).

Tabella I. Distinzione e diagnosi dei disturbi depressivi DSM - V (23).

In base a sintomi specifici	In base all'eziologia
<ul style="list-style-type: none"> • Disturbo depressivo maggiore o depressione maggiore • Disturbo depressivo persistente o distimia • Altro disturbo depressivo specificato o non specificato 	<ul style="list-style-type: none"> • Disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione fisica • Disturbo disforico premenstruale • Disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci
<p>Per fare diagnosi di disturbo depressivo maggiore dobbiamo avere cinque o più dei seguenti sintomi per più di due settimane:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, come riportato dall'individuo o come osservato da altri • Mancata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno • Significativa perdita di peso, non dovuto a diete, o aumento di peso oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi tutti i giorni • Insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno • Agitazione o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno. • Faticabilità o mancanza di energia quasi ogni giorno • Sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati quasi ogni giorno • Ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, di indecisione, quasi ogni giorno • Pensieri ricorrenti di morte, di ideazione suicidaria, senza un piano specifico o un tentativo di suicidio o ideazione di un piano specifico al fine di commettere il suicidio. 	

Inoltre, come ulteriore classificazione dei disturbi dell'umore, possiamo trovare l'*International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)* (tabella II. Disturbi depressivi ICD-11).

Tabella II. Disturbi depressivi ICD-11 (14).

Disturbi Depressivi	Sono caratterizzati da umore depresso o anedonia accompagnata da altri sintomi cognitivi, comportamentali o neurovegetativi che influenzano la capacità dell'individuo di funzionare. Un Disturbo Depressivo non dovrebbe essere diagnosticato in chi ha sperimentato un Episodio Maniacale, Misto o Ipomaniacale.
Altri disturbi depressivi specificati	<ul style="list-style-type: none"> • Sono caratterizzati da sintomi dell'umore che condividono le caratteristiche cliniche primarie con altri Disturbi Depressivi; • I sintomi non soddisfano i requisiti diagnostici per nessun altro disturbo nel gruppo Disturbi depressivi; • I sintomi non sono meglio spiegati da un altro Disturbo Mentale, Comportamentale o del Neurosviluppo; • I sintomi e i comportamenti non sono una manifestazione di un'altra condizione medica e non sono dovuti agli effetti di una sostanza o di un farmaco; • I sintomi provocano disagio significativo o compromissione significativa del funzionamento personale, familiare, sociale, educativo, lavorativo o di altre aree importanti.

2.3 Conseguenze psicologiche e sociali della pandemia da COVID-19

La pandemia da COVID-19 ha avuto effetti diversi sia su coloro che hanno contratto l'infezione, che sulla popolazione generale, colpendo in particolar modo alcune classi, tra cui, gli operatori sanitari, i pazienti con patologie psichiatriche e patologie internistiche spesso in comorbidità tra loro. Tra le prime conseguenze c'è stato un incremento della mortalità, l'aumento della disoccupazione e la conseguente diminuzione del reddito; il lutto e le condizioni economiche peggiorate sono la principale causa dell'aumento della depressione e determinano secondo diversi studi un rischio 2-3 volte superiore di ammalarsi. Al contrario tra i fattori protettivi annoveriamo l'aver supporto psicologico, religioso, il sostegno familiare ed un buono stato di salute mentale (tabella III. Fattori predisponenti e protettivi lo sviluppo di depressione durante la pandemia).

Tabella III. Fattori predisponenti e protettivi lo sviluppo di depressione durante la pandemia

Fattori predisponenti
sesso femminile (37,38); operatori sanitari (39,40); solitudine (28); diminuzione dell'attività fisica; basso status socioeconomico; disoccupazione (29); età tra 18 e 24 anni (30); continua esposizione a notizie sulla pandemia (26); vivere in aree svantaggiate (28,29); avere un membro della famiglia vulnerabile; essere in quarantena (31,32); avere scarso accesso ai DPI (33); lavorare in prima linea (28); insonnia; burnout (10); essere in pensione (34); essere un caregiver (35).
Fattori protettivi
Avere supporto psicologico sostegno familiare; un buono stato di salute mentale; base spirituale (essere credenti, avere supporto dalla fede e dalla comunità religiosa) (35,36).

Gli operatori sanitari ed i sopravvissuti all'infezione sono stati stigmatizzati, provocando così, nei loro confronti, stereotipi, discriminazione, isolamento talvolta fino ad arrivare a molestie o violenza fisica; a maggior ragione sono stati vissuti disturbi emotivi, ansia e depressione (37).

È stato dimostrato in vari studi riguardanti operatori sanitari coinvolti nella pandemia da COVID-19 un'elevata incidenza di sintomi psicologici, tra cui ansia, stress, depressione e insonnia specialmente nel sesso femminile (25, 26). Tali sintomi sono prevalenti fino al 60% tra medici, infermieri e specializzandi durante questo periodo. Il personale sanitario messo in quarantena o che ha lavorato nei reparti COVID o con familiari o amici affetti da SARS CoV-2 ha presentato molta più ansia, depressione, frustrazione, paura e PTSD rispetto a chi non ne ha avuto esperienza (40).

Secondo un recente studio però è stato stimato che gli infermieri presentano livelli inferiori di depressione e sintomi post-traumatici ma più ansia rispetto ai medici (36). Inoltre, il fatto di aver perso un collega durante il periodo pandemico o aver sperimentato la morte di un paziente incrementa notevolmente il rischio di sviluppare disturbi psichiatrici come la depressione (41).

Accanto agli effetti negativi causati dalla pandemia sono da considerare l'impatto psicologico a breve, medio e lungo termine conseguenti alle misure restrittive di contenimento del contagio (31).

A supporto di quanto affermato, diversi studi hanno evidenziato come in caso di eventi pandemici straordinari ci si attenda un aumento nella popolazione di sintomi ansiosi, depressivi e disturbo post-traumatico da stress legati a risposte di coping inefficace in relazione a situazioni stressanti, oltre a comportamenti auto ed etero-aggressivi fino allo sviluppo di condotte suicidarie. L'OMS, in relazione a quanto detto, parla oltre che di un'emergenza COVID-19 anche di una che riguarda la salute mentale (42).

La depressione e l'ansia sono aumentate di oltre il 25% solo nel primo anno della pandemia (43).

Secondo l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) si è osservato un incremento dei sintomi depressivi nel bimestre tra marzo ed aprile 2020 con una prevalenza del 7,1% rispetto al 6,1% del 2018-19, successivamente si è verificato un decremento (4,4%) nel bimestre tra maggio e giugno, in conseguenza alla revoca del lockdown, e poi un nuovo ed ulteriore incremento tra luglio ed agosto (8,2%) (33, 34).

È stato rilevato un aumento dell'incidenza di depressione del 9,3% (46).

I fattori che hanno generato maggior stress sono stati il periodo prolungato di quarantena, il timore di essere contagiati o di contagiare, l'assistenza e l'informazione inadeguate e lo stigma. Oltre a questi si sono aggiunti altri elementi come lo stress finanziario, la disoccupazione, la perdita del lavoro, il lutto, la percezione di un carico eccessivo, la perdita del ruolo, la mancanza di fissa dimora, e la rottura o seria compromissione delle relazioni significative (47).

Gli Stati membri dell'OMS hanno riconosciuto l'impatto che il COVID-19 ha avuto sulla salute mentale ed è stato fatto un sondaggio sulla continuità dei servizi sanitari essenziali che indica che il 90% dei paesi sta lavorando per fornire supporto per la salute mentale psicosociale a pazienti affetti da COVID-19 ed al personale sanitario (25).

2.4 L'infermiere promotore della salute e la relazione con il paziente depresso

L'infermiere è una delle figure professionali promotrici della salute, si occupa dei pazienti con un approccio globale, sia per il carattere complesso delle sue competenze sia per il tempo prolungato che condivide con essi. Lavora in strutture sanitarie pubbliche o private del territorio, quali, ospedali, case di cura, ambulatori ed inoltre fornisce assistenza domiciliare. L'infermiere che lavora in ambiente psichiatrico deve avvalersi di strumenti operativi specifici.

L'identità dell'Infermiere e la sua formazione sono polarizzate sul malato che tende ad occupare tutto il campo della scena mentale, oscurando la figura di chi se ne prende cura. Accade così che l'autostima dell'infermiere venga compromessa e che si senta privo di valore, soggetto di potenti meccanismi identificatori e bombardato da proiezione di vissuti di impotenza ed incapacità. Inoltre, l'infermiere ha il compito di intervenire in aree intime delle persone sia del corpo che della psiche, zone che normalmente sono accessibili solo attraverso un rapporto affettivo intenso (3).

Come riportato da A. Ferruta e M. Marcelli (2014) una parte del lavoro infermieristico consiste nel fare cose che hanno molto in comune con i gesti della vita quotidiana, "cose che sanno fare tutti"; tuttavia, questo fare infermieristico è molto diverso dal fare quotidiano, perché avviene all'interno di una relazione asimmetrica, terapeutica, ed ha quindi un contesto diverso.

Si parla anche di "azioni parlanti" che sono interventi nella vita quotidiana del paziente fatti dai curanti per comunicare qualcosa che le parole in quel momento non sarebbero in grado di esprimere. Ricopre un ruolo importante anche il valore della "parola quotidiana". Il rapporto è importante per il significato che lo costituisce e che molto spesso le parole, i gesti, le espressioni non verbali, i silenzi, gli sguardi, i contatti, contribuiscono a creare (3).

Addentrandosi nello specifico, è possibile approfondire la relazione con il paziente affetto da depressione, che non sempre risulta semplice poiché, le persone con tale patologia tendono a chiudersi in loro stesse, sviluppando reazioni inefficaci nell'instaurare l'adeguata alleanza terapeutica.

L'infermiere che opera in ambito di salute mentale, come suggerito da Di Santo (2022) sa che è di fondamentale importanza instaurare un rapporto di fiducia con il paziente e sa che questo può essere interrotto anche a causa di un minimo errore, di conseguenza

conosce i comportamenti da mettere in atto per mantenerlo. Nel caso del paziente con depressione è importante che l'infermiere garantisca la soddisfazione dei bisogni di base, mantenendo e stimolando l'autonomia della persona così da aumentarne i livelli di autostima, ed assicuri l'adeguata assunzione della terapia farmacologica prevenendo tentativi suicidari. È indispensabile inoltre educare la famiglia e chi si prende cura del malato.

Come è stato detto precedentemente, quindi, l'infermiere, garantisce al paziente depresso l'ascolto attivo, il supporto e la comprensione.

L'infermiere accompagna il paziente in tutto il suo percorso, cercando di condurlo ad un miglioramento, facendogli conoscere meglio la patologia, le varie tipologie di trattamento, i gruppi di sostegno e come riconoscere tempestivamente i segni e sintomi per prevenirla o per prevenire le ricadute (48).

Nel corso della pandemia da COVID-19 oltre alla diminuzione delle visite in presenza, al rafforzamento dei teleconsulti e degli interventi domiciliari si è assistito anche ad un altro fenomeno riguardante il Sistema Sanitario Nazionale ovvero la ricollocazione del personale infermieristico che, nonostante le difficoltà operative caratteristiche del periodo, lo ha reso maggiormente flessibile rispetto al passato. Per il personale che lavora nei servizi di assistenza psichiatrica questo periodo ha rappresentato una sfida per riuscire a mantenere la continuità assistenziale nei pazienti affetti da patologie a carico della salute mentale note, per garantire l'accesso alle cure per i nuovi pazienti, visto l'incremento di disturbi mentali, e per fornire supporto ai caregiver (35).

2.5 Disposizioni durante il COVID: il recepimento delle disposizioni normative governative in una realtà locale.

I servizi di salute mentale italiani, basati su un modello di assistenza organizzato in distretti per ogni determinata area geografica comprendono servizi di tipo ospedaliero e servizi ambulatoriali. Questi servizi sono coordinati dal Dipartimento di Salute Mentale (DSM), che fornisce una gamma completa di cure, dal trattamento di emergenza acuta alla riabilitazione a lungo termine (49). Durante la pandemia da COVID-19 tali servizi sono andati incontro a delle modifiche operative attuate come riportato nelle linee guida emanate sia a livello ministeriale che regionale per limitare il contagio.

La Società Italiana di Psichiatria (SIP) ha rilevato che a causa della pandemia da COVID-19, soprattutto durante la prima ondata, si è verificata la riduzione delle attività dei servizi di salute mentale in Italia mantenendo le visite negli ambulatori solo per i pazienti più gravi ed urgenti (50).

A livello territoriale/locale, nella Regione Veneto, si è potuto notare un cambiamento riguardante l'organizzazione degli ospedali. Nell'Ulss 7 Pedemontana c'è stata una suddivisione dei ruoli tra l'ospedale San Bassiano di Bassano del Grappa e l'ospedale Alto Vicentino di Santorso. A Santorso sono stati attivati posti letto da dedicare ai pazienti COVID positivi che arrivavano da Bassano, mentre in entrambi gli ospedali sono state riprogrammate le attività chirurgiche e le attività dei Servizi diagnostici (allegato 1. Conversione Ospedale Santorso in "Ospedale Covid". Estratto da Protocollo Attività conseguenti. Azienda Ulss 7 Pedemontana 2020 N. 0023716 - I).

Il Ministero della Salute con il Decreto del 23 aprile 2020 ha emanato le indicazioni emergenziali per le attività assistenziali e le misure di prevenzione e controllo nei DSM e nei Servizi di Neuropsichiatria Infantile dell'Infanzia e dell'Adolescenza con l'obiettivo di garantire il livello di massima assistenza compatibilmente con le esigenze di sanità pubblica, fornendo linee di carattere organizzativo e gestionale in merito al riassetto dei sistemi di cura resosi necessario per far fronte alla pandemia. In merito ai Centri di Salute Mentale (CSM), che sono i primi punti di riferimento per i soggetti con patologia psichiatrica, la riorganizzazione del servizio è consistita nella riprogrammazione delle attività normalmente svolte garantendo la continuità terapeutica per mezzo di contatti telefonici, videochiamate ed altre modalità telematiche; sono stati comunque assicurati gli interventi per i casi urgenti ed i contatti indifferibili, sia in sede che a domicilio riorganizzando anche le attività di gruppo. Tutte le Aziende Sanitarie sono state chiamate ad attivare dei sistemi di videoconferenza ed a sospendere o modificare le riunioni di equipe e tutte le attività che implicano la presenza contemporanea di più operatori.

Durante i colloqui venivano fornite informazioni sulle modalità operative dei servizi, sull'importanza del mantenimento della distanza fisica tra le persone ed inoltre veniva valutata l'opportunità di mantenere riprogrammare le visite di controllo. Successivamente alla comunicazione dell'appuntamento seguiva la raccomandazione del rispetto degli orari per evitare contatti ravvicinati nelle sale d'attesa e l'utilizzo dei

dispositivi messi a disposizione all'ingresso del CSM. Gli operatori inoltre dovevano registrare tutte le prestazioni in cartella clinica e sistema informativo anche se telematiche. Per le attività di gruppo il personale ha mantenuto il contatto con i singoli componenti per verificarne lo stato di salute e l'utilizzo di strategie di protezione tutto tramite telefono e telecomunicazione. Qualora fosse stata necessaria la compilazione di ricette, lo psichiatra doveva fornirle per via informatica e dematerializzata, oppure in forma cartacea, in busta chiusa presso l'accettazione del CSM. Le somministrazioni programmate di farmaci sono state considerate come urgenze in quanto vanno effettuate con regolarità. È stato limitato anche l'accesso agli accompagnatori, coloro che accedevano al CSM dovevano indossare le mascherine chirurgiche, mantenere il distanziamento, effettuare la detersione delle mani per poi essere direzionati alla Zona Filtro dove veniva effettuato triage per sintomi COVID-19. Nel caso di notizia di contatto con un caso COVID-19, alla visita seguiva l'informazione sull'isolamento fiduciario e l'attivazione del Servizio Igiene Sanità Pubblica (S.I.S.P.), di fronte invece a sintomi presenti, veniva contattato il S.I.S.P. e MMG per l'approfondimento diagnostico e l'isolamento; la valutazione psichiatrica ed il monitoraggio sono stati garantiti telefonicamente o in videochiamata, salvo situazioni di urgenza dove venivano orientati in pronto soccorso. Gli operatori dei servizi territoriali dovevano indossare i Dispositivi di Protezione Individuali (DPI), mantenere il distanziamento, lavare le mani prima e dopo ogni attività effettuata, e nel caso di consegna o somministrazione di farmaci, indossare anche i guanti e/o altri presidi. Le visite domiciliari sono state limitate ai casi urgenti, indifferibili con difficoltà a raggiungere il Servizio e non gestibili per via telematica. Prima di recarsi a domicilio il personale doveva essere informato sulla salute del paziente e dei familiari, nel caso di sintomi COVID-19 la visita andava rimandata, mantenendo il contatto telefonico. Qualora fosse stato necessario eseguire la visita ad un paziente con sintomi respiratori a rischio COVID-19, era necessario indossare mascherina FFP2/3, guanti, occhiali e camici monouso. Le attività di supporto ai pazienti inseriti in alloggi, appartamenti o famiglie, sono state mantenute con le modalità più idonee per verificare la condizione clinica e relazionale nelle abitazioni.

Dato che le visite urgenti territoriali comportano una situazione nella quale si ha un contatto diretto con persone spesso sconosciute e non collaborative è stato opportuno

fornire agli operatori i DPI, mantenere la distanza di sicurezza, lasciando che solo un operatore, solitamente il medico, si avvicini al soggetto per effettuare il colloquio, salvo in casi di necessità (allegato 2. CIRCOLARE del Ministero della Salute del 23/04/2020: COVID-19. Indicazioni emergenziali per le attività assistenziali e le misure di prevenzione e controllo nei Dipartimenti di Salute Mentale e nei Servizi di Neuropsichiatria Infantile dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Estratto dall'Allegato 1).

2.6 Dalle modalità tradizionali alle nuove strategie assistenziali

In periodo pandemico il distanziamento sociale è stato essenziale per aiutare a prevenire la trasmissione della malattia. Di conseguenza, è stato limitato l'accesso alle visite rendendo così necessario l'utilizzo di tecniche, già esistenti, come la telemedicina, il telenursing e l'utilizzo dei social media (51,52). Nel nostro paese è stato constatato che il 20% dei Servizi di Salute mentale è rimasto chiuso mentre il 25% ha ridotto gli orari di accesso, di conseguenza tutte le attività sono andate incontro ad una diminuzione come, ad esempio, i consulti psichiatrici ospedalieri (-30%), le psicoterapie individuali (-60%), le psicoterapie di gruppo e gli interventi psicosociali (-90/95%), i posti letto negli SPDC degli ospedali (-12%). Il 21,4% dei reparti ospedalieri indica un aumento dell'aggressività, della violenza e dei ricoveri in TSO (8,6% dei casi). Gli obiettivi principali della riorganizzazione sono stati quelli di garantire continuità e risposte terapeutiche efficaci ed intensive ma allo stesso tempo assicurare la massima protezione possibile per utenti, famiglie ed operatori dal rischio COVID- 19 fornendo informazioni sull'emergenza sanitaria in corso e controllando l'ansia derivante dalla situazione; aiutare le famiglie ad affrontare i cambiamenti nella quotidianità e a livello lavorativo (ampio ricorso allo smart working); riconoscere precocemente, anche nella gestione da remoto, eventuali situazioni di rischio (53). L'utilizzo della tecnologia risulta utile anche verso chi è impossibilitato a muoversi da casa o si trova in difficoltà per qualsiasi condizione fisica o psichica (54).

Oltre alle tecniche di teleassistenza è stato sviluppato anche il ruolo dell'infermiere di famiglia che si distingue dall'infermiere dell'Assistenza Domiciliare Integrata. Poiché il primo è, di fatto, colui che aiuta gli individui ad adattarsi alla malattia ed alla disabilità trascorrendo gran parte del suo tempo a lavorare a domicilio della persona assistita e della sua famiglia, conoscendone il contesto anche relazionale della

comunità di inserimento. Secondo il DGR della regione Veneto n. 782 del 16 giugno 2020 l'infermiere di famiglia è colui che collabora nella gestione dell'ambulatorio della cronicità con riferimento alle attività infermieristiche previste dai PDTA, comprese la rilevazione di parametri, i follow up ed il front office sanitario; fornisce prestazioni infermieristiche di consulenza e di educazione sanitaria e terapeutica con interventi di counselling, di supporto al paziente (o gruppi) e alla famiglia provvedendo al monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed alla segnalazione di anomalie al Medico di Medicina Generale (MMG); effettua visite domiciliari su disposizione del MMG a pazienti non in carico alle equipe infermieristica; contribuisce al monitoraggio del grado di stabilità clinico/assistenziale ed alla valutazione delle alterazioni sintomatiche delle condizioni di salute in caso di malattia, acuta o cronica, che possono indicare aggravamento o comparsa di complicanze, in integrazione con altri professionisti. Svolge inoltre un'attività di controllo delle risorse territoriali per il mantenimento di stili di vita sani, progettando ed attivando iniziative di promozione della salute, avvalendosi anche della collaborazione delle associazioni di volontariato; garantisce la continuità dell'assistenza attraverso l'integrazione dei servizi distrettuali, ospedalieri, dei Dipartimenti di prevenzione, lavorando in sinergia con i MMG e gli altri professionisti del team, anche partecipando alle Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali (UVMD). Nel corso dell'emergenza sanitaria da COVID-19 l'infermiere di famiglia o di comunità è risultato fondamentale per la presa in carico sul territorio dei soggetti di comunità, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2 identificati COVID-19, anche supportando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie (allegato 3. Regione del Veneto. DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 782 del 16 giugno 2020: Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19". Attuazione delle misure in materia sanitaria. [Sanità e igiene pubblica] Estratto dall'Allegato A). Sebbene durante gli anni di COVID-19 la telemedicina si sia sostituita agli interventi tradizionali sarebbe auspicabile che queste due modalità diventassero complementari e non alternative tra loro. Nasce quindi la necessità con pazienti e familiari di condividere fin dal principio che il percorso assistenziale potrà essere seguito in

entrambe le modalità, illustrando le motivazioni, gli obiettivi e la durata, e definendo criteri che aiutino a identificare i pazienti per i quali risulta maggiormente appropriata l'implementazione di attività di telemedicina (55).

Come definito dal Ministero della Salute è stato di fondamentale importanza effettuare tutte le attività ambulatoriali non urgenti in modalità telematica e utilizzare una modalità smart working per il massimo numero possibile di operatori limitando così la presenza nei servizi di coloro non strettamente indispensabili (53).

2.6.1 La telemedicina, il telenursing ed i social media

In contingenza del drammatico momento storico, la telemedicina, ha subito un'importante espansione ed ha fornito supporto ai pazienti, familiari e personale sanitario durante la pandemia. È però fondamentale ricordare che la metodica di assistenza sanitaria eseguita da remoto è presente nella pratica clinica già da alcuni anni, infatti, il 4 novembre 2008, la commissione Europea ha emanato una specifica comunicazione *“Telemedicina a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari e della società”* finalizzata a sostenere gli Stati membri nella realizzazione di tali servizi attraverso specifiche iniziative. Fra le varie tipologie di telemedicina esistenti nella letteratura, si è visto come possa essere utile per effettuare le visite specialistiche e per la gestione di pazienti ambulatoriali (55).

Per le persone con COVID 19, la telemedicina, o “assistenza medica a distanza”, può essere utilizzata per monitorare i sintomi ed anche per fornire supporto quando necessario (56,57).

L'ISS con il Rapporto COVID-19 n. 12/2020 “Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19” ha definito che il telefono ed i modelli che prevedono soluzioni in telemedicina per offrire servizi sanitari e supporto psicologico alle persone a domicilio, rappresentano un mezzo di comunicazione pratico, abitualmente utilizzato, che i Servizi e gli operatori sanitari del territorio stanno utilizzando con diverse finalità: fornire informazioni su aspetti preventivi, modalità di trasmissione e sintomi, misure per il contenimento e la gestione del contagio, come nel caso di telefoni attivati dalle Regioni e dalle Aziende Sanitarie Locali per rendere disponibile un intervento di sostegno psicologico sia per la popolazione generale, sia per gruppi specifici con particolari esigenze di salute

mentale, come nel caso dei telefoni attivati presso i DSM; per la conduzione di indagini epidemiologiche nella fase di emergenza pandemica, anche se in questo caso non sono i cittadini a contattare i Servizi, ma sono i Servizi del territorio che utilizzano il telefono per raggiungere i cittadini (21).

Entrando nello specifico, si può identificare per la professione infermieristica l'utilizzo del telenursing e l'uso della tecnologia che sta aumentando sempre di più nell'assistenza a distanza.

Il telenursing permette di usufruire di servizi sanitari, anche ai pazienti impossibilitati ad accedervi fisicamente, per mezzo del collegamento da remoto.

I servizi di assistenza infermieristica svolti in telenursing comprendono:

- il triage dei pazienti
- la gestione dei sintomi
- l'educazione e il controllo dell'uso di strumenti di cura.

Possiamo dunque dire che la consulenza, l'educazione, la diagnosi, il follow up e la registrazione delle informazioni dei pazienti sono possibili anche attraverso il telenursing.

Tra i vantaggi del telenursing possiamo identificare un significativo miglioramento della relazione tra gli infermieri e i pazienti con COVID-19, una continua ed equa assistenza garantendo l'accesso a distanza, un aumento della cura di sé ed una riduzione nell'affaticamento nei pazienti (54,58).

Al giorno d'oggi, l'uso della tecnologia è indispensabile, infatti, gli infermieri possono avvalersi dei mezzi di comunicazione disponibili quali telefoni cellulari, computer e applicazioni come Instagram, WhatsApp e Telegram per fornire servizi di assistenza continuativa (54).

Nel corso del periodo pandemico da COVID-19 nel quale sono state adottate diverse strategie per far fronte alla situazione, si è visto che i contatti e le interazioni online hanno limitato gli effetti dannosi dell'isolamento sociale (6).

In molti paesi sono stati utilizzati gli smartphone per fornire assistenza ai pazienti psichiatrici ed hanno fornito risultati promettenti (59).

Internet ed i social media possono però avere un impatto negativo sulla salute mentale delle persone poiché la continua esposizione ad informazioni, talvolta inopportune, può essere associata ad un incremento di depressione (60).

L'utilizzo di tecniche di comunicazioni alternative, da parte dell'infermiere, viene esplicitato anche nel codice deontologico (2019):

- **ART. 28** *COMPORAMENTO NELLA COMUNICAZIONE: l'Infermiere nella comunicazione, anche attraverso mezzi informatici e social media, si comporta con decoro, correttezza, rispetto, trasparenza e veridicità; tutela la riservatezza delle persone e degli assistiti ponendo particolare attenzione nel pubblicare dati e immagini che possano ledere i singoli, le istituzioni, il decoro e l'immagine della professione.*
- **ART. 29** *VALORI NELLA COMUNICAZIONE: l'Infermiere, anche attraverso l'utilizzo dei mezzi informatici e dei social media, comunica in modo scientifico ed etico, ricercando il dialogo e il confronto al fine di contribuire a un dibattito costruttivo (61).*

Il COVID-19, la paura dell'ignoto e l'incertezza, hanno portato ad un aumento dei fattori di rischio favorenti l'insorgenza di problemi per la salute mentale (62), si può così osservare come l'uso della tecnologia sia risultato di fondamentale importanza per fornire sostegno e continuità assistenziale ai pazienti in questo periodo.

3. MATERIALI E METODI

3.1 Formulazione P.I.O.

Per iniziare questo studio è stato innanzitutto formulato il quesito di ricerca utilizzando la strategia PIO, ossia Paziente, Intervento ed Outcome, così descritto nella tabella sottostante (Tabella IV. Paziente, Intervento, Outcome).

Tabella IV. Paziente, Intervento, Outcome

Paziente	Persona adulta e adolescente affetta da diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore (MDD), Distimia, Altri Disturbi Depressivi Specificati e Disturbo Depressivo Senza Specificazione.
Intervento	Utilizzo di interventi assistenziali infermieristici modificati in concomitanza con l'andamento pandemico.
Outcome	Riduzione dei sintomi depressivi; minor rischio di contagio da COVID-19; facilità di accesso alle cure; riduzione dello stigma; minor problemi di trasporto; ottimizzazione quali-quantitativa delle tempistiche e della relazione terapeutica.

3.2 Fonte dei dati e strategie di ricerca

La ricerca è stata condotta da maggio ad agosto 2022. Dal totale degli articoli risultanti dalle stringhe di ricerca (Tabella V. Stringhe di ricerca) definite da termini "Medical Subject Headings" (MeSH) collegati tramite operatori booleani sono stati selezionati 859 articoli maggiormente pertinenti all'argomentazione della tesi, di cui 72 ritenuti adatti alla stesura dell'elaborato, per trovarli sono stati utilizzati sia Banche Dati (principalmente Medline - PubMed, attraverso il servizio di Auth-Proxy fornito dall'Università Degli Studi Di Padova e Google Scholar) che sitografia di rilevanza nazionale ed internazionale. I principali articoli della revisione di letteratura sono schematizzati nell'allegato 4 (Allegato 4. Tabella di schedatura degli articoli).

Tabella V. Stringhe di ricerca.

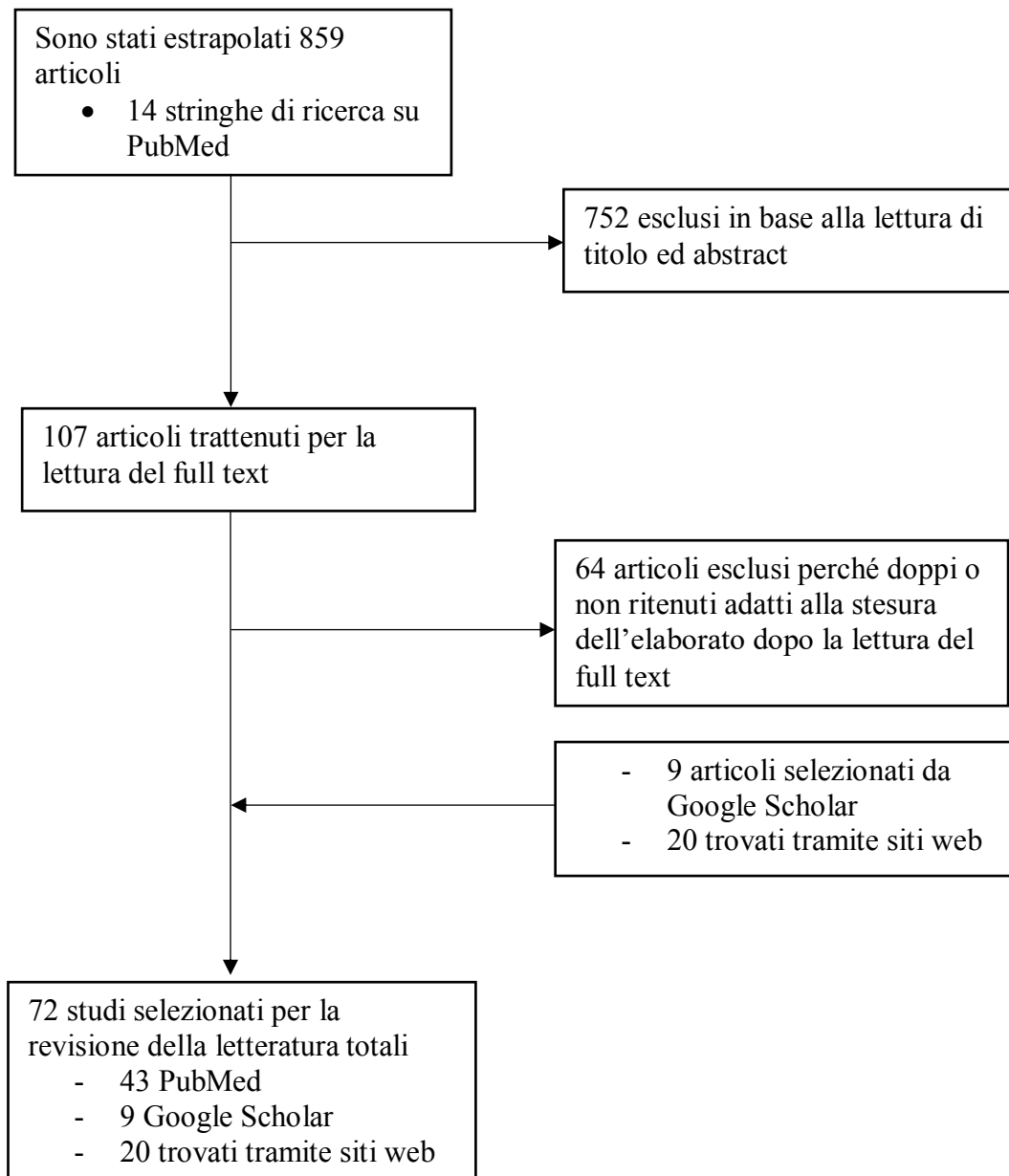
Database	Stringa di ricerca	Risultati	Accettati	Esclusi
PubMed	Covid AND Depression AND anxiety	130	15	115
PubMed	Coronavirus disease AND Mental health AND Telemedicine	97	3	94
PubMed	COVID-19 AND telenursing	19	2	17
PubMed	"Mental Health Services"[Mesh] AND Covid 19	77	8	69
PubMed	Nursing assessment AND post Covid patients	31	1	30
PubMed	COVID-19 AND depression AND biomarkers	37	1	36
PubMed	Telemedicine AND Depression AND Covid	62	3	59
PubMed	"Disasters"[Mesh] and Depression	24	1	23
PubMed	DSM AND categorization of mental disorder	17	1	16
PubMed	("COVID-19/diagnosis"[Mesh] AND "COVID-19/epidemiology"[Mesh] AND "COVID-19/etiology"[Mesh] AND "COVID-19/pathology"[Mesh] OR "COVID-19/therapy"[Mesh])	41	3	38
PubMed	("COVID-19"[Mesh]) AND nursing staff AND depression	51	2	49
PubMed	Post-COVID-19 AND depression	100	2	98
PubMed	Depression incidence in Italy AND COVID 19	173	1	172
Totale		859	43	497

3.3 Criteri di selezione del materiale

Nella ricerca e selezione degli articoli sono stati applicati dei criteri per selezionare il materiale. La lingua di pubblicazione del testo non ha costituito limite per la ricerca stessa, perciò, sono risultati articoli in inglese, italiano, francese e spagnolo. Il limite temporale di pubblicazione applicato è costituito dal periodo “dal 2010 al 2022”, ma, considerato il periodo ed il fenomeno oggetto di studio, la ricerca è stata incentrata prevalentemente su articoli pubblicati dal 2019 in poi. Come target di popolazione sono stati scelti adulti e adolescenti, la revisione è stata condotta in riferimento alla popolazione generale, ma anche il personale sanitario. Come riportato nella figura 1 (Figura 1. Diagramma di flusso di selezione della letteratura) sono stati estrapolati 859 articoli di cui 752 esclusi dopo la prima selezione del materiale, in base alla lettura di titolo ed abstract, successivamente sono stati trattenuti 107 articoli per la lettura del full text.

Dopo la lettura del full text sono stati esclusi 64 articoli perché doppi o non ritenuti adatti alla stesura della tesi. Quindi sono stati utilizzati 43 articoli da PubMed, con l'aggiunta di 9 articoli selezionati da Google Scholar e 20 trovati tramite siti web, per un totale di 72 articoli.

Figura 1. Diagramma di flusso di selezione della letteratura



4. DISCUSSIONE

4.1 Aumento della depressione post covid e covid correlata

Il timore e la preoccupazione che hanno caratterizzato il periodo pandemico di COVID-19, hanno portato ad un aumento dei fattori di rischio favorevoli all'insorgenza di problemi per la salute mentale. È infatti stato rilevato un aumento significativo di ansia, PTSD, disturbi del sonno ed in particolare di depressione (63). L'OMS, di conseguenza, ha comunicato che oltre all'emergenza COVID-19 ne esiste anche una riguardante la salute mentale.

In un'indagine condotta su 2766 partecipanti in Italia si è visto come i sintomi depressivi siano stati riportati in modo elevato nel 32% degli intervistati, numeri nettamente più alti rispetto al 6% della popolazione italiana con la stessa sintomatologia tra il 2015 ed il 2018 (64).

Dallo scoppio dell'epidemia, diventata successivamente pandemia, si è verificato un aumento dei sintomi depressivi nella popolazione a causa della simultaneità di più fattori di rischio come il distanziamento sociale, la solitudine, la paura del contagio e l'evitamento. La pandemia e le conseguenti restrizioni attuate hanno infatti avuto esiti differenti su chi ha contratto il virus, sulla popolazione generale, sul personale sanitario, sui pazienti già affetti da patologie psichiatriche ed internistiche, spesso in comorbidità tra loro (65).

I sopravvissuti a malattie gravi sviluppano un alto livello di sintomi a carico della salute mentale ed infatti è emerso che le persone contagiate dal virus hanno maggiore probabilità di essere soggetti a depressione; si parla quindi della possibilità dello sviluppo di una sindrome post virale simile alla depressione (66). Questo comporta che anche a seguito del ricovero ospedaliero questi pazienti necessitano di essere monitorati nel follow-up ed alla dimissione (67).

Diversi studi mostrano che, in una fase iniziale dell'epidemia di sindrome respiratoria acuta grave (SARS), può verificarsi una serie di morbidità psichiatriche, tra cui depressione persistente, ansia, attacchi di panico, sintomi psicotici e persino suicidio. Dato che la depressione è una conseguenza comune del ricovero nei reparti di terapia intensiva (sindrome da terapia post-intensiva - PICS), coloro che hanno contratto una

grave infezione da COVID-19 ed hanno ricevuto ventilazione meccanica invasiva, potrebbero sviluppare un MDD entro 90 giorni dalla dimissione ospedaliera (68).

Successivamente al periodo di quarantena si evidenzia una maggiore predisposizione allo sviluppo di disturbi emotivi, irritabilità, insonnia, depressione e PTSD.

È stato dimostrato che il distanziamento sociale oltre allo sviluppo di stress, ansia, depressione, potrebbe portare ad aumenti di solitudine, violenza domestica, abuso di minori e maggior consumo di tabacco, alcol e sostanze stupefacenti.

I sopravvissuti all'infezione da COVID-19 e gli operatori sanitari, soprattutto coloro che hanno perso un collega o un paziente, hanno vissuto maggiori livelli di ansia e depressione. È stato riscontrato però che gli infermieri a differenza dei medici presentano minor depressione ma maggiore ansia e PTSD.

Sin dagli inizi della pandemia, le persone con preesistenti disturbi mentali hanno riportato un aumento dei sintomi depressivi a causa anche di un ridotto accesso ai servizi ed ai gruppi di sostegno e supporto con conseguenti ricadute, comportamenti suicidari, mancanza di accesso alle cure mediche e isolamento sociale (69).

L'impatto psicologico del confinamento sulla popolazione generale e sulle persone vulnerabili, in particolare quelle che soffrono di disturbi mentali, ha influenzato anche la salute mentale dei caregiver, che provano sentimenti di paura di trasmettere l'infezione virale alle persone più fragili. Considerando che nei caregiver è presente un'elevata prevalenza di depressione risalente a prima del COVID-19, è possibile anticiparne l'aumento di incidenza dopo la pandemia e le complicanze associate, come dipendenze e comportamenti suicidi (70).

4.2 Chiusura Centri di Salute Mentale e riorganizzazione delle attività

La SIP ha rilevato che a causa della pandemia da COVID-19, specialmente durante la prima ondata, sono state attuate delle misure per ridurre il contagio, tra cui, il distanziamento fisico causando così la riduzione delle attività dei servizi di salute mentale in Italia e quindi delle visite psichiatriche sia in ambito ambulatoriale che domiciliare. La SIP, inoltre, testimonia che sono in aumento i casi di depressione, ansia e PTSD, non solo fra i guariti COVID ma anche fra chi si trova a vivere in circostanze differenti rispetto a prima della pandemia. L'OMS ha riconosciuto che il COVID-19 ha avuto un'importante influenza sulla salute mentale ed infatti è stato aggiornato

il Piano d'azione globale per la salute mentale 2013-2030, che include un indicatore sulla preparazione del supporto per la salute mentale e psicosociale nelle emergenze di salute pubblica (71).

Le persone con disturbi mentali spesso non ricevono un adeguato trattamento ed inoltre si trovano in difficoltà nell'accedere alle cure a causa delle lunghe liste d'attesa e stigma verso i servizi di salute mentale. Di conseguenza possiamo affermare che la pandemia ha peggiorato la salute mentale degli europei e che da questo difficile periodo sono emerse delle soluzioni che i DSM hanno messo in atto, grazie alla telemedicina e alla sanità digitale.

Com'è stato visto precedentemente, i CSM sono stati riorganizzati; gli appuntamenti in presenza sono stati fissati ad orari prestabiliti per evitare assembramenti; gli interventi domiciliari sono stati effettuati esclusivamente in urgenza; le attività che coinvolgono i familiari dei pazienti sono state ridotte e sostituite da comunicazioni audio o virtuali. Per i casi nuovi ed emergenti e per identificare sintomi medici o da contagio, il triage è stato effettuato telefonicamente, se necessario, è stato seguito da una visita. Il lavoro all'interno delle Strutture Psichiatriche Residenziali è proseguito regolarmente, anche se sono stati sospesi i permessi domiciliari e le visite.

Dalla revisione di letteratura emerge che le persone con disturbo mentale e i pazienti in contatto con i servizi di salute mentale rappresentano una popolazione a maggior rischio di sviluppare l'infezione. La scarsa consapevolezza di questi pazienti del rischio e della trasmissione del virus, nonché la scarsa aderenza alle misure precauzionali possono contribuire al suo sviluppo, infatti, ad ogni visita sono state spiegati i comportamenti per limitarne il contagio.

Data la riduzione e la selezione delle attività si è verificato un impatto negativo sulla pratica e sulla professione infermieristica, poiché ha comportato il ritardo, l'omissione o il razionamento di alcuni aspetti dell'assistenza ai pazienti. Problemi psicologici e problemi di salute mentale come stress, depressione, esaurimento emotivo e ansia, che sono stati intensificati nel corso della pandemia, possono compromettere le prestazioni cliniche degli infermieri e la loro capacità di completare i compiti. Per paura di contrarre il virus, gli infermieri possono astenersi dall'avere un contatto di vicinanza con i loro pazienti, compromettendo alcuni aspetti dell'assistenza. Queste circostanze sono ancor più peggiorate dalla carenza di personale, e dal numero preoccupante di

infermieri che hanno lasciato o che vogliono lasciare la loro occupazione a causa delle cattive condizioni di lavoro. Questa mancanza di prontezza o preparazione potrebbe ridurre la capacità degli infermieri di fornire cure adeguate ai loro pazienti. La mancata assistenza infermieristica e la sua qualità nel periodo pandemico sono state influenzate da vari fattori, tra cui le dimensioni della struttura ospedaliera, i livelli di personale infermieristico, l'adeguatezza dei DPI e la cultura della sicurezza ospedaliera (72).

4.3 Effetti della telemedicina, del telenursing e dei social media

A causa delle restrizioni e delle misure adottate per ridurre il contagio da COVID-19 sono state implementate delle tecniche di comunicazione a distanza quali, l'utilizzo di telemedicina, telenursing e dei social media. Queste nuove modalità sono state utilizzate per fornire sostegno, supporto e continuità assistenziale ai pazienti affetti da disturbi mentali, e visto il continuo aumento di depressione anche a questi soggetti. I servizi di salute mentale hanno promosso delle modifiche atte a rendere più facile l'utilizzo della telemedicina per gestire i farmaci, i casi, l'assistenza infermieristica, gli interventi professionali e il supporto tra pari. Sono però insorte delle difficoltà che includono l'accesso alla tecnologia, le conoscenze per utilizzarla, l'accesso ad internet, i costi, la tutela della privacy e la sicurezza dei dati.

La riduzione degli accessi ai servizi sanitari ha fatto sì che i soggetti abbiano cercato supporto online segnalando quindi l'urgenza di implementare l'uso della tecnologia e di renderla reperibile ed efficace negli ambienti con risorse limitate (71).

Durante il lockdown si è registrato un aumento dell'utilizzo di internet e dei social media che hanno svolto un ruolo tampone nello sviluppo di sintomi psichiatrici poiché hanno ridotto il senso di isolamento aumentando le opportunità di rimanere in contatto con familiari amici e colleghi. Oltre a ciò, internet è risultato utile per fornire supporto attraverso delle applicazioni per la teleassistenza sanitaria ed in base a ciò che le persone condividono nei social, si possano identificare i soggetti probabilmente affetti da un disturbo depressivo. D'altro canto, internet ed i social media possono avere un impatto dannoso per la salute mentale poiché diffondono una quantità incontrollata di informazioni talvolta non veritiere. La continua esposizione a notizie negative è stata associata ad un incremento di depressione.

Sebbene l'intervento di isolamento abbia raggiunto lo scopo che lo ha posto in essere, ha portato al distanziamento da parte di familiari e amici, degradando i normali sistemi di supporto, provocando solitudine ed un peggioramento di ansia e depressione. L'utilizzo di telemedicina, videoconferenze, forum online, app per smartphone, messaggi di testo ed e-mail si sono rivelati utili per l'erogazione di servizi di salute mentale specialmente nel contesto della depressione.

Attraverso la telemedicina medici ed infermieri sono stati in grado di identificare e gestire le condizioni dei pazienti psichiatrici, per ottenerne il pieno successo sarebbe però opportuno formare il personale, educare i pazienti ed i caregiver ed avere un supporto informatico adeguato.

Gli infermieri durante questa emergenza sanitaria hanno potuto utilizzare varie tecnologie come, telefoni, cellulari, computer ed applicazioni, ma anche programmi installati su dispositivi per garantire la continuità assistenziale ed hanno quindi fatto ricorso al telenursing.

In vari studi sono stati identificati i benefici della telemedicina e del telenursing, come il raggiungimento di assistenza medica ed infermieristica a popolazioni situate lontane da aree urbane e scarsamente servite da mezzi di trasporto, implementando così anche l'assistenza psichiatrica, la continuità dell'assistenza sanitaria rimanendo al sicuro a casa, il risparmio dei tempi di attesa e dei costi di viaggio. È stato inoltre riscontrato che l'utilizzo di questa modalità di approccio abbia comportato una riduzione dei sintomi depressivi e ansiosi è stato osservato che chi ha ricevuto cure a distanza si è rivelato maggiormente preparato nel controllare la propria condizione di malattia.

La tempestività del ricorso a queste tecnologie è risultata difficile a causa della repentinità con la quale si è verificata la pandemia da COVID-19 sia per gli infermieri che per i pazienti ma, nonostante questo, è risultata necessaria e risolutiva.

L'utilizzo quotidiano della tecnologia deve portarci a comprendere quanto risulti necessario che questa diventi utile anche in ambito professionale per far fronte alle situazioni di emergenza più critiche.

5. CONCLUSIONE

5.1 Potenzialità e limiti della ricerca

Lo studio di revisione di letteratura proposto presenta limiti e potenzialità.

Trattandosi di una patologia di nuova insorgenza, con andamento pandemico ancora in corso all'epoca della stesura del presente elaborato, è stato difficile trovare dei dati precisi relativi all'incidenza del disturbo oggetto di studio ed all'utilizzo della telemedicina.

Inoltre, sono stati reperiti numerosi articoli, spesso non pertinenti con la ricerca e che a volte confondevano sintomi depressivi con diagnosi di depressione vera e propria.

Questo elaborato può fornire un valido razionale per una maggiore implementazione delle nuove tecnologie nell'ambito dei CSM per il trattamento della depressione ma potenzialmente anche di altri disturbi come ad esempio ansia e PTSD dal momento che, grazie alla telemedicina, i pazienti affetti da disturbo depressivo ma anche gli operatori sanitari saranno, nell'immediato, meno esposti al rischio di contrarre l'infezione da COVID-19, risulteranno agevolati negli spostamenti, nei costi, nelle tempistiche di erogazione e di fruizione delle prestazioni, e se indisponibili o impossibilitati a raggiungere il servizio potranno svolgere regolarmente il consulto per via telematica. Inoltre, i pazienti si sentiranno meno stigmatizzati potendo effettuare gli incontri da casa senza recarsi al CSM.

Avendo equiparato la partecipazione per via telematica a quella in presenza sono stati ottenuti gli stessi risultati, con una riduzione dei sintomi nei soggetti affetti da depressione ed il mantenimento dell'alleanza terapeutica tra infermiere e paziente (53).

5.2 Conclusioni finali

Questo studio ha confermato una variazione, in forma di aumento, per incidenza e prevalenza del disturbo depressivo dovuto a vari fattori quali l'impatto psicologico e sociale che il COVID-19 ha avuto sulla popolazione, nel periodo di lockdown necessario per evitare nuove infezioni e la riduzione delle attività conseguenti ad esso. Sono state analizzate quali sono le nuove metodiche applicabili per garantire una continuità terapeutica ai soggetti affetti da patologia psichiatrica e il ruolo

dell'infermiere del CSM e dell'infermiere di famiglia, al fine di poter mantenere una continua alleanza terapeutica tra paziente e operatore sanitario.

È stato confermato quanto sia importante fornire sostegno a tutte le persone durante la pandemia, e nello specifico per ridurre gli impatti negativi del COVID-19 sulla salute mentale dando priorità ai gruppi ad alto rischio come i soggetti maggiormente esposti, gli operatori sanitari, i caregiver, coloro che soffrono già di una patologia a carico della salute mentale o a chi ha uno scarso sistema di supporto sociale. Le nuove metodiche assistenziale possono essere attuate dagli infermieri, ma anche da altro personale con modalità telematica ed online.

Successivamente alla riduzione delle attività in presenza nei CSM sono subentrate delle modalità, già introdotte nell'operatività ma in precedenza poco utilizzate, si sono rilevate necessarie per limitare il contagio e garantire una continuità terapeutica.

Tra queste strategie si è osservata una modifica del modus operandi da parte dell'infermiere che ha garantito l'effettuazione di visite domiciliari solo nei casi urgenti (con adeguata fornitura di DPI). Inoltre, sono state modificate anche le modalità operative attraverso l'utilizzo dei social media, della telemedicina e più nello specifico del telenursing.

Queste metodiche risultano diverse da quelle attuate negli interventi tradizionali, ma con questo studio possiamo affermare che non devono sostituirsi a queste, piuttosto porsi in un'ottica di complementarità e non di alternativa visti i vantaggi che possono portare sia per la professione infermieristica che per i pazienti.

Purtroppo, però, come affermato dal Dottor Tedros Adhanom Ghebreyesus, direttore generale dell'OMS, "Le informazioni che abbiamo ora sull'impatto del COVID-19 sulla salute mentale del mondo sono solo la punta dell'iceberg" (71), sono quindi necessari ulteriori studi e maggiori ricerche sull'impatto psicologico e sociale di questa pandemia e sulle adeguate modalità da attuare per contrastarla.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Kar N. Depression in Youth Exposed to Disasters, Terrorism and Political Violence. *Curr Psychiatry Rep.* agosto 2019;21(8):73.
2. Ettman CK, Abdalla SM, Cohen GH, Sampson L, Vivier PM, Galea S. Prevalence of Depression Symptoms in US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open.* 2 settembre 2020;3(9): e2019686.
3. Ferruta Anna, Marcelli Marcella. *Un lavoro terapeutico. L'infermiere in psichiatria.* seconda edizione. Angeli Franco; 2014. 19–29 p.
4. Logo, Ministero della Salute. Covid-19 - Situazione nel mondo [Internet]. 2022. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?area=nuovoCoronavirus&id=5338&lingua=italiano&menu=vuoto>
5. World Health Organization. *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak.* 2020.
6. Giallonardo V, Sampogna G, Del Vecchio V, Luciano M, Albert U, Carmassi C, et al. The Impact of Quarantine and Physical Distancing Following COVID-19 on Mental Health: Study Protocol of a Multicentric Italian Population Trial. *Front Psychiatry.* 5 giugno 2020; 11:533.
7. Rauf A, Abu-Izneid T, Olatunde A, Ahmed Khalil A, Alhumaydhi FA, Tufail T, et al. COVID-19 Pandemic: Epidemiology, Etiology, Conventional and Non-Conventional Therapies. *Int J Environ Res Public Health.* 4 novembre 2020;17(21):8155.
8. Rahman S, Montero MTV, Rowe K, Kirton R, Kunik F. *Epidemiology, pathogenesis, clinical presentations, diagnosis and treatment of COVID-19: a review*

of current evidence. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 4 maggio 2021;14(5):601–21.

9. Weibelzahl S, Reiter J, Duden G. Depression and anxiety in healthcare professionals during the COVID-19 pandemic. *Epidemiol Infect*. 2021;149:e46.

10. Burkhard, Schütz, Passarge Michelle, M.Sc. Diagnostica del metaboloma Disturbi da ansia e stress in seguito a pandemie o a crisi di livello mondiale. novembre 2020;

11. Ministero della Salute. Che cos'è la salute mentale [Internet]. 2022. Disponibile su:

<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=171&area=salute%20mentale&menu=vuoto#:~:text=La%20salute%20mentale%20è%20parte,di%20malattia%20o%20di%20infermità%22>.

12. Carozza P. Contrastare lo stigma della malattia mentale: obiettivo dei servizi di salute mentale di comunità. *J Health Care Educ Pract*. 2021;3(11/2021):15–26.

13. Stein DJ, Palk AC, Kendler KS. What is a mental disorder? An exemplar-focused approach. *Psychol Med*. aprile 2021;51(6):894–901.

14. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. 2022. Disponibile su: <https://icd.who.int/browse11/1-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1563440232>

15. Bucci Paola. Il draft del capitolo sui disturbi mentali dell'ICD-11: un aggiornamento per il clinico. Draft ICD-11 Chapter Ment Behav Disord Update Clin [Internet]. 2017; Disponibile su: <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/2722/articoli/27760/>

16. Agenzia Italiana del Farmaco. Allarme OMS: nel 2020 la depressione sarà la malattia più diffusa [Internet]. 2012. Disponibile su: <https://www.aifa.gov.it/-/allarme-oms-nel-2020-la-depressione-sara-la-malattia-piu-diffusa>

17. Villafrate Annamaria. Depressione: per la legge è una malattia? 14 marzo 2018;
18. Fancher TL, Kravitz RL. In the clinic. Depression. *Ann Intern Med.* 4 maggio 2010;152(9):ITC51-15; quiz ITC5-16.
19. Wasserman D, Iosue M, Wuestefeld A, Carli V. Adaptation of evidence-based suicide prevention strategies during and after the COVID -19 pandemic. *World Psychiatry.* ottobre 2020;19(3):294–306.
20. Covid e servizi di salute mentale. Ha chiuso 1 Centro su 5 e il 25% ha ridotto gli orari di accesso. 18 gennaio 2021.
21. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19. Indicazioni sull'intervento telefonico di primo livello per l'informazione personalizzata e l'attivazione dell'empowerment della popolazione nell'emergenza COVID-19. 2020.
22. Coryell William. Disturbi depressivi [Internet]. 2021. Disponibile su: https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-dell-umore/disturbi-depressivi#v1028038_it
23. Biondi Massimiliano, Raffaello Cortina. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5®) American Psychiatric Association. quinta edizione. Cortina Raffaello; 2013. 179–216 p.
24. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LMW, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *J Affect Disord.* dicembre 2020; 277:55–64.
25. Cordoş A, Bolboacă SD. Lockdown, Social Media exposure regarding COVID-19 and the relation with self-assessment depression and anxiety. Is the medical staff different? *Int J Clin Pract* [Internet]. aprile 2021 [citato 14 ottobre 2022];75(4).

Disponibile su: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijcp.13933>

26. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res.* giugno 2020; 288:112954.

27. Creese B, Khan Z, Henley W, O'Dwyer S, Corbett A, Vasconcelos Da Silva M, et al. Loneliness, physical activity, and mental health during COVID-19: a longitudinal analysis of depression and anxiety in adults over the age of 50 between 2015 and 2020. *Int Psychogeriatr.* maggio 2021;33(5):505–14.

28. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun.* ottobre 2020;89:531–42.

29. Smith LE, Amlot R, Lambert H, Oliver I, Robin C, Yardley L, et al. Factors associated with self-reported anxiety, depression, and general health during the UK lockdown; a cross-sectional survey [Internet]. *Psychiatry and Clinical Psychology*; 2020 [citato 14 ottobre 2022]. Disponibile su: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.06.23.20137901>

30. Shah SMA, Mohammad D, Qureshi MFH, Abbas MZ, Aleem S. Prevalence, Psychological Responses and Associated Correlates of Depression, Anxiety and Stress in a Global Population, During the Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic. *Community Ment Health J.* gennaio 2021;57(1):101–10.

31. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID 19. Indicazioni di un programma di intervento dei dipartimenti di salute mentale per la gestione dell'impatto dell'epidemia COVID-19 sulla salute mentale. 2020.

32. Tang F, Liang J, Zhang H, Kelifa MM, He Q, Wang P. COVID-19 related depression and anxiety among quarantined respondents. *Psychol Health.* 1 febbraio

2021;36(2):164–78.

33. Choi EPH, Hui BPH, Wan EYF. Depression and Anxiety in Hong Kong during COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 25 maggio 2020;17(10):3740.

34. González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MÁ, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, et al. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain Behav Immun*. luglio 2020;87:172–6.

35. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yrondi A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? *L'Encéphale*. giugno 2020;46(3):S73–80.

36. Tenconi E. Il Covid-19 e la salute mentale. Una riflessione sull'impatto della pandemia sulla popolazione e sugli operatori sanitari. *J Health Care Educ Pract*. 2021;3(11/2021):3–13.

37. Kathirvel N. Post COVID-19 pandemic mental health challenges. *Asian J Psychiatry*. ottobre 2020; 53:102430.

38. Percudani M, Corradin M, Moreno M, Indelicato A, Vita A. Mental Health Services in Lombardy during COVID-19 outbreak. *Psychiatry Res*. giugno 2020; 288:112980.

39. Dott.ssa Maria Novella Luciani, Dott.ssa Chiara Mannelli. *Medicina di genere e COVID-19*. luglio 2020.

40. Luo M, Guo L, Yu M, Jiang W, Wang H. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. settembre 2020;291:113190.

41. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey MJ, Chatterjee S, et al.

Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev.* settembre 2020;14(5):779–88.

42. Panti A. *Medicinae Doctor.* 2020;(5):33.

43. World Health Organization. WHO highlights urgent need to transform mental health and mental health care Report urges mental health decision makers and advocates to step up commitment and action to change attitudes, actions and approaches to mental health, its determinants and mental health care. [Internet]. 2022. Disponibile su: <https://www.who.int/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>

44. Istituto Superiore di Sanità, EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica. I dati per l'Italia depressione [Internet]. 2021. Disponibile su: <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/depressione>

45. Istituto Superiore di Sanità. Depressione: incremento dei sintomi durante i periodi di lockdown, per la prima volta aumento del rischio tra i giovani [Internet]. 2022. Disponibile su: https://www.iss.it/web/guest/primo-piano/-/asset_publisher/3f4alMwzN1Z7/content/id/6989413

46. Georgieva I, Lepping P, Bozev V, Lickiewicz J, Pekara J, Wikman S, et al. 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.

47. Lytras T, Tsiodras S. Lockdowns and the COVID-19 pandemic: What is the endgame? *Scand J Public Health.* febbraio 2021;49(1):37–40.

48. Di Santo Sara. Stato depressivo e assistenza infermieristica. 14 giugno 2022.

49. D'Agostino A, Demartini B, Cavallotti S, Gambini O. Mental health services in

Italy during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. maggio 2020;7(5):385–7.

50. Serena Meloni, Giovanni de Girolamo, Roberta Rossi. COVID-19 and mental health services in Europe. 2020;383–94.

51. Smith WR, Atala AJ, Terlecki RP, Kelly EE, Matthews CA. Implementation Guide for Rapid Integration of an Outpatient Telemedicine Program During the COVID-19 Pandemic. *J Am Coll Surg*. agosto 2020;231(2):216-222e2.

52. COVID-19 and Inpatient Rehabilitation Nursing Care: Lessons Learned and Implications for the Future. *Rehabil Nurs*. luglio 2021;46(4):E18–9.

53. Machina Grifeo Francesco. Csm, continua la partecipazione da remoto per Covid - Cambia il regolamento. 8 aprile 2022.

54. Kord Z, Fereidouni Z, Mirzaee MS, Alizadeh Z, Behnammoghadam M, Rezaei M, et al. Telenursing home care and COVID-19: a qualitative study. *BMJ Support Palliat Care*. 29 giugno 2021; bmjspcare-2021-003001.

55. Corradi E, Costantino A, Manzoni G. Telemedicina: da strumento per l'emergenza a miglioramento della pratica clinica. 2020;42.

56. Hau YS, Kim JK, Hur J, Chang MC. How about actively using telemedicine during the COVID-19 pandemic? *J Med Syst*. giugno 2020;44(6):108.

57. Zhou X, Snoswell CL, Harding LE, Bambling M, Edirippulige S, Bai X, et al. The Role of Telehealth in Reducing the Mental Health Burden from COVID-19. *Telemed E-Health*. 1 aprile 2020;26(4):377–9.

58. García-Lizana F, Muñoz-Mayorga I. Telemedicine for Depression: A Systematic Review. *Perspect Psychiatr Care*. aprile 2010;46(2):119–26.

59. Anjum S, Ullah R, Rana MS, Khan HA, Memon FS, Ahmed Y, et al. COVID-19 Pandemic: A Serious Threat for Public Mental Health Globally. *Psychiatr Danub.* Summer 2020;32(2):245–50.
60. Zhou J, Zogan H, Yang S, Jameel S, Xu G, Chen F. Detecting Community Depression Dynamics Due to COVID-19 Pandemic in Australia. *IEEE Trans Comput Soc Syst.* agosto 2021;8(4):982–91.
61. Mangiacavalli B, Pulimeno AML, Mazzoleni B, Cicolini G, Cicia C, Draoli N, et al. A CURA DEL COMITATO CENTRALE FNOPI: codice deontologico delle professioni infermieristiche. aprile 2019;32.
62. Moreno C, Wykes T, Galderisi S, Nordentoft M, Crossley N, Jones N, et al. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry.* settembre 2020;7(9):813–24.
63. Daly M, Sutin AR, Robinson E. Depression reported by US adults in 2017–2018 and March and April 2020. *J Affect Disord.* gennaio 2021; 278:131–5.
64. Mencacci C, Salvi V. Expected effects of COVID-19 outbreak on depression incidence in Italy. *J Affect Disord.* gennaio 2021; 278:66–7.
65. Pérez-Cano HJ, Moreno-Murguía MB, Morales-López O, Crow-Buchanan O, English JA, Lozano-Alcázar J, et al. Ansiedad, depression y estrés como respuesta a la pandemia de COVID-19. *Cir Cir.* 5 ottobre 2020;88(5):4511.
66. Mazza MG, De Lorenzo R, Conte C, Poletti S, Vai B, Bollettini I, et al. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain Behav Immun.* ottobre 2020; 89:594–600.
67. Ismael F, Bizario JCS, Battagin T, Zaramella B, Leal FE, Torales J, et al. Post-infection depression, anxiety and PTSD: a retrospective cohort study with mild

COVID-19 patients [Internet]. *Psychiatry and Clinical Psychology*; 2020 ago [citato 17 ottobre 2022]. Disponibile su: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.08.25.20182113>

68. Olanipekun T, Abe T, Effoe V, Westney G, Snyder R. Incidence and Severity of Depression Among Recovered African Americans with COVID-19-Associated Respiratory Failure. *J Racial Ethn Health Disparities*. giugno 2022;9(3):954–9.

69. Bell C, Williman J, Beaglehole B, Stanley J, Jenkins M, Gendall P, et al. Psychological distress, loneliness, alcohol use and suicidality in New Zealanders with mental illness during a strict COVID-19 lockdown. *Aust N Z J Psychiatry*. luglio 2022;56(7):800–10.

70. Cullen W, Gulati G, Kelly BD. Mental health in the COVID-19 pandemic. *QJM Int J Med*. 1 maggio 2020;113(5):311–2.

71. Nazioni Unite. OMS: Covid-19 aumenta del 25% i casi di ansia e depressione [Internet]. 2022. Disponibile su: <https://unric.org/it/oms-covid-19-aumenta-del-25-i-casi-di-ansia-e-depressione/>

72. Labrague LJ, Santos JAA, Fronda DC. Factors associated with missed nursing care and nurse-assessed quality of care during the COVID-19 pandemic. *J Nurs Manag*. gennaio 2022;30(1):62–70.

ALLEGATI

Allegato 1. Conversione Ospedale Santorso in “Ospedale Covid”. Attività conseguenti. Estratto da Protocollo Azienda Ulss 7 Pedemontana 2020 N. 0023716 - I

PRESSO L'OSPEDALE DI SANTORSO

- attivazione graduale per moduli dei posti letto ordinari, di terapia intensiva e semintensiva da dedicare ai pazienti covid positivi (a cura della Direzione Medica con il supporto del Servizio tecnico e del Servizio Professioni Sanitarie);
- dimissioni dei pazienti dalle aree non covid, anche ricorrendo alle dimissioni protette, ove possibile, o al trasferimento negli ospedali limitrofi, a partire dall'Ospedale di Bassano;
- ricovero da parte del Pronto Soccorso (la cui funzione è in via di ulteriore precisazione), solo di pazienti covid positivi, con invio di quelli non covid necessitanti di ricovero presso l'Ospedale di Bassano o altre strutture ospedaliere accettanti;
- riprogrammazione degli Interventi chirurgici non differibili (es. patologie oncologiche) da effettuarsi presso la sede ospedaliera di Bassano, secondo accordi e con pianificazione coordinata dalle Direzioni mediche;
- riorientamento delle attività dei Servizi diagnostici sulla base dei nuovi assetti.

PRESSO L'OSPEDALE DI BASSANO

- trasferimento graduale dei pazienti covid positivi presso l'Ospedale di Santorso (ad eccezione di quelli attualmente già intubati ricoverati presso la Rianimazione);
- accogliimento dei pazienti covid negativi non dimissibili dall'Ospedale di Santorso;
- ricovero da parte del Pronto Soccorso, solo di pazienti non covid, con invio di quelli positivi necessitanti di ricovero presso l'Ospedale di Santorso;
- riprogrammazione presso la propria sede delle residuali attività chirurgiche non differibili già programmate presso la sede di Santorso;
- riorientamento delle attività dei Servizi diagnostici sulla base dei nuovi assetti.

Tutte le operazioni di trasferimento e riprogrammazione devono avvenire sotto lo stretto coordinamento delle Direzioni Mediche.

Le Direzioni Mediche ed il Servizio Professioni Sanitarie “guidano” altresì la necessaria temporanea riafferenza del personale medico e del comparto, anche tra le diverse sedi aziendali, in modo armonico con i nuovi assetti ospedalieri, mantenendo, per quanto possibile, la coerenza con le competenze possedute dai diversi operatori e attivando percorsi di affiancamento e formazione.

Le Direzioni di Distretto garantiscono la necessaria collaborazione, in particolare nel favorire e supportare le dimissioni dalle strutture ospedaliere verso il Territorio, semplificando e rendendo il più veloci possibile le relative procedure e attività.

Il Servizio Provveditorato e la Direzione Amministrativa Ospedaliera supportano tempestivamente tutte le attività in cui è richiesta la rispettiva competenza (estensioni/convenzioni per attività di trasporto pazienti, approvvigionamento DPI, ecc.).

Il Servizio di Farmacia prosegue nel riorientare la propria attività (di approvvigionamento e distribuzione farmaci e presidi) sulla base delle nuove configurazioni che gli ospedali stanno andando a assumere.

**Allegato 2. CIRCOLARE del Ministero della Salute del 23/04/2020:
COVID-19. Indicazioni emergenziali per le attività assistenziali e le misure di
prevenzione e controllo nei Dipartimenti di Salute Mentale e nei Servizi di
Neuropsichiatria Infantile dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Estratto dall'Allegato
1.**

SERVIZI DI PSICHIATRIA ADULTI

1. CSM E AMBULATORI

Indicazioni generali: *Le attività delle strutture territoriali vanno riprogrammate garantendo la continuità terapeutica attraverso contatti telefonici, videochiamate ed altre modalità telematiche; saranno assicurati gli interventi per i casi urgenti ed i contatti indifferibili, sia in sede che a domicilio. Le Aziende Sanitarie dovranno attivare all'interno delle strutture sistemi di videoconferenza. Sono sospese e riorganizzate con altre modalità tutte le attività di gruppo, le riunioni di equipe e tutte le attività che implicano la presenza contemporanea di più operatori.*

Istruzioni operative:

Attività in remoto

- Le attività ambulatoriali già programmate dai CSM vengono o rimodulate attraverso contatto telefonico dell'operatore di riferimento con l'utente e/o i familiari allo scopo di verificare lo stato di salute fisica e psichica (preoccupazioni per la situazione attuale, condizioni cliniche rispetto alla visita più recente) e la condizione di salute dei familiari.
- Nel corso del colloquio telefonico vengono fornite le informazioni sul funzionamento dei servizi, sulle indicazioni generali a mantenere la distanza fisica dalle altre persone, e viene valutata congiuntamente l'opportunità di mantenere o riprogrammare la visita di controllo. In tutti i casi va ribadita la possibilità di accesso diretto non programmato in caso di necessità clinica e/o per eventuali urgenze, nei consueti orari di apertura del Servizio, che rimangono immutati, compatibilmente con le risorse di personale disponibile.
- La comunicazione del giorno e dell'ora dell'appuntamento deve essere accompagnata dalla raccomandazione di rispettare rigorosamente gli orari, evitando sia di arrivare in anticipo sia di sostare in sala d'attesa alla conclusione della prestazione, e della necessità di utilizzare i dispositivi messi a disposizione all'ingresso per accedere alla struttura (disinfettante mani, mascherina chirurgica).
- Gli operatori di riferimento devono continuare a mantenere il contatto con i pazienti in carico in fase di sufficiente compenso clinico, avvalendosi di strumenti telematici. Tutte le prestazioni (anche telefoniche) devono essere riportate in cartella clinica e registrate

all'interno del sistema informativo.

- Gli operatori dedicati ad attività di conduzione di gruppi valuteranno l'opportunità di mantenere una regolarità di contatto con i singoli componenti del gruppo per verificare lo stato di salute e l'utilizzo di strategie di protezione attraverso il contatto telefonico ed altre modalità di telecomunicazione.
- Qualora sia necessaria la compilazione di ricette, lo psichiatra favorirà la via informatica e dematerializzata, se possibile, oppure provvederà a rilasciarle in forma cartacea in busta chiusa presso l'accettazione del CSM.
- Le somministrazioni programmate di farmaci devono ritenersi equivalenti ad urgenze in quanto il loro differimento metterebbe a rischio la salute dei pazienti, pertanto, devono essere effettuate con la dovuta regolarità

Presenza del paziente e/o dei familiari nella struttura

- Il mantenimento dell'attività in presenza richiede la scrupolosa osservanza da parte degli operatori dei servizi territoriali di alcune norme di igiene e profilassi:
 - Gli operatori devono costantemente indossare delle mascherine chirurgiche, anche quando essi non sono in rapporto diretto con utenti, e mantenere appropriato distanziamento. Qualora questo debba essere ridotto per manovre sanitarie si dovranno assumere ulteriori precauzioni.
 - Altrettanto fondamentale è il corretto lavaggio delle mani prima e dopo ogni attività effettuata e/o l'utilizzo delle apposite soluzioni idro-alcooliche.
 - Nel caso di prestazioni quali consegna, somministrazione orale o endovenosa o intramuscolare di farmaci, devono essere indossati anche i guanti e/o altri presidi secondo le indicazioni in vigore.
 - Va evitato l'uso di telefoni fissi se non in viva voce o di uso esclusivo di un solo operatore.
 - Vanno rimossi giornali e riviste presenti nelle aree comuni che normalmente fungono da intrattenimento per utenti e familiari.
- Ogni servizio individuerà e delimiterà i percorsi di accesso e indirizzerà l'utenza dalla postazione fissa della **Zona Filtro** verso le **aree di attesa**, dove non potrà essere superato

il limite consentito dalla necessità di mantenere una distanza fisica appropriata.

- Gli accompagnatori dovranno essere limitati a quelli strettamente necessari (es: accompagnatori di persone non autosufficienti) e andrà valutata la loro permanenza all'interno delle aree di attesa in funzione della distanza minima prescritta.
- **All'ingresso nel CSM tutte le persone che accedono al servizio devono indossare le mascherine chirurgiche, usarle costantemente** e mantenere il distanziamento. Le persone riceveranno le indicazioni per effettuare la detersione delle mani con gel disinfettante e verranno quindi direzionati con opportuna segnaletica alla Zona Filtro dell'accettazione o altro luogo dedicato che consenta il mantenimento delle distanze prescritte.
- Nella **Zona Filtro** verrà effettuato triage per sintomi COVID-19 nel paziente e nei conviventi e per l'eventuale esposizione a soggetti positivi.
- Nel caso di notizia di contatto certo con un caso COVID-19, la visita psichiatrica sarà accompagnata dalla necessaria informazione sull'isolamento fiduciario e dall'attivazione dell'autorità sanitaria locale competente sul territorio (Servizio Igiene Sanità Pubblica-S.I.S.P.) per i passaggi successivi;
- Di fronte invece a febbre o a sintomi COVID-19 già presenti, viene contattato il S.I.S.P. e il medico di medicina generale per l'attivazione del percorso di approfondimento diagnostico e l'isolamento; **la valutazione psichiatrica ed il successivo monitoraggio vengono comunque garantiti per via telefonica o videochiamata, salvo situazioni di urgenza che vengono riorientate verso il pronto soccorso.**

Visite domiciliari

- Dovranno essere limitate ai casi urgenti e indifferibili per i quali sussistono difficoltà a raggiungere il Servizio e che non possano essere gestite con modalità telematiche.
- Preventivamente alla visita a domicilio o in altro luogo gli operatori si informeranno sullo stato di salute del paziente e dei familiari per valutare il rischio di esposizione. Nel caso di febbre e/o sintomi COVID-19 la visita va rimandata, mantenendo un contatto telefonico per seguire l'evoluzione clinica.
- Durante la visita domiciliare il paziente, eventuali familiari presenti e tutti gli operatori indosseranno la mascherina chirurgica o manterranno la distanza sociale di un metro. In caso di somministrazioni di farmaci indossare oltre alla mascherina chirurgica, i guanti

monouso e un camice ordinario o monouso;

- Qualora fosse indispensabile eseguire la visita ad un paziente con sintomi respiratori o altri elementi altamente suggestivi di rischio COVID-19, sarà necessario indossare Dispositivi di Protezione Individuali (DPI), quali guanti monouso, mascherina filtrante FFP2/3, occhiali e camici monouso.
- Le attività di supporto domiciliare ai pazienti che vivono in alloggi supportati, gruppi appartamento o nelle famiglie in cui sono stati inseriti (IESA), vanno mantenute con le modalità più idonee a verificare l'andamento delle convivenze e la condizione clinica e relazionale dei nuclei abitativi. Il monitoraggio e l'assistenza degli operatori durante la limitazione degli spostamenti determinata dalla pandemia COVID-19 risulta indispensabile.

Visite urgenti territoriali

Considerato che le procedure d'urgenza, inclusi gli Accertamenti e i Trattamenti Sanitari Obbligatori, comportano una situazione simile a quella degli operatori delle emergenze (112 o DEA), nella quale si assistono persone spesso sconosciute e non collaborative (strada, domicilio dei pazienti etc.), ed essendo coinvolti in situazioni in cui è possibile un contatto diretto con l'assistito, anche in situazione di agitazione e/o di discontrollo comportamentale, appare opportuno che gli operatori:

1. Vengano dotati del massimo livello possibile di DPI.
2. Mantengano tutti in generale la massima distanza di sicurezza possibile, lasciando che un solo operatore, generalmente il medico, si avvicini all'assistito per effettuare il colloquio, mantenendo la distanza minima di sicurezza, salvo in casi di necessità.
3. Qualora ci si trovi in ambiente chiuso, provare a spostarsi in ambiente aperto o areare la stanza.

i genitori non abbiano i contatti corretti per raggiungere gli operatori o ritengano erroneamente che le attività siano state interrotte e che i referenti non siano raggiungibili.

In particolare:

- Per ciascun paziente **va ridefinito il Piano di Trattamento Individualizzato**, in continuità con quello che svolgeva in precedenza ma rimodulato negli obiettivi e nelle azioni alla luce della situazione attuale, in modo partecipato con i *caregivers*.
- Per ciascuna famiglia vanno **individuati e concordati gli strumenti di comunicazione disponibili** (Skype, WhatsApp video, voce ecc..) e **l'organizzazione e tempistica delle attività**, e valutato se sia necessario attivare modalità per recuperare gli strumenti informatici, se insufficienti.
- **Ogni intervento deve essere modulato** sul tipo di 'nucleo' cui ci si riferisce, per caratteristiche e numerosità degli spazi e delle persone presenti, per le diverse dinamiche, per la tipologia dei rapporti con l'esterno che devono essere tenuti in conto, anche, ma non solo, in relazione al rischio infettivo.
- **Indispensabile una check-list semistrutturata di informazioni**, da esplorare nel corso dei colloqui e/o degli interventi riabilitativi/terapeutici, per poter definire e ridefinire nel tempo la tipologia e calendarizzazione dei supporti necessari. La logistica di casa, la presenza o meno di spazi all'aperto, l'eventuale sovraffollamento, l'età e le condizioni dei conviventi (con particolare attenzione alla presenza di adolescenti e di persone anziane), la situazione economica e lavorativa, la presenza e l'irrigidimento di conflittualità familiari, l'organizzazione della giornata, la presenza o meno di tempi e spazi di decompressione e in cui le persone possono stare da sole, le eventuali difficoltà a reperire i farmaci, l'andamento del sonno e dell'alimentazione, il carico della didattica a distanza, la presenza o meno di sufficienti strumenti tecnologici, i contatti da remoto con le persone significative, la rete sociale anche a distanza, l'allontanamento, la malattia o il lutto relativo a persone care, la presenza di sintomi o positività sono tutte informazioni fondamentali per la calibratura degli interventi in remoto, oltre alla diagnosi, alla valutazione delle condizioni cliniche nel tempo, alla tenuta sulle indicazioni terapeutiche (farmacologiche e non) e all'eventuale insorgenza di segnali precoci di difficoltà. Fondamentale è tenere conto del cambiamento emotivo e psichico cui vanno incontro tutte le persone durante prolungate situazioni di stress e di costrizione: la ricalibrazione degli interventi dovrà essere costante e condivisa.

- **Particolare attenzione andrà dedicata alle situazioni per le quali l'isolamento in casa e le limitazioni ai movimenti possono essere maggiormente critici dal punto di vista clinico** (persone con autismo o con ADHD; adolescenti con disturbi psichiatrici gravi; adolescenti migranti con disturbi NPIA e in particolare minori stranieri non accompagnati; bambini e ragazzi con disturbi motori, in particolare se necessitano di ausili per gli spostamenti; bambini con disturbi NPIA e a rischio di maltrattamento o incuria ecc ecc).
- Nell'ambito della valutazione, vanno inoltre **identificate le situazioni per le quali è indispensabile prevedere brevi uscite nelle vicinanze dell'abitazione per prevenire o gestire le situazioni di crisi** (es alcuni utenti con ASD o disturbi psichiatrici), e mettere a disposizione una certificazione conseguente.
- La **prescrizione dei farmaci indispensabili** andrà pianificata (possono esserci rallentamenti nelle forniture), utilizzando per quanto possibile la ricetta dematerializzata e concordando modalità con la famiglia, il MMG e PLS e con le Farmacie per rendere agevole e sempre disponibile in casa la quantità di presidi farmacologici necessari.
- Di particolare utilità mettere a disposizione **materiali di supporto** per famiglie, insegnanti e altri operatori, attraverso **contenitori di informazioni e strumenti il più possibile sistematizzati e condivisi** (ad es. piattaforme dedicate), che aiutino a minimizzare il carico.

Esempi di materiali utili possono essere:

 - indicazioni per la strutturazione della giornata a casa,
 - strategie per la riduzione dello stress,
 - testi e storie, anche tradotti in simboli o in lingua madre,
 - video per la lettura condivisa da remoto,
 - selezione di test che si possano sottoporre in remoto per i percorsi di valutazione,
 - strategie e piattaforme per chi deve affrontare la maturità,
 - giochi e attività fisiche selezionate per tipologia di utenza,
 - altro.
- **Devono essere date indicazioni su come poter contattare gli operatori di riferimento in caso di bisogno e sulle modalità di accesso per eventuali urgenze**, che restano comunque garantite.

Allegato 3. Regione del Veneto. DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 782 del 16 giugno 2020: Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19". Attuazione delle misure in materia sanitaria. [Sanità e igiene pubblica] Estratto dall'Allegato A.

LEGATO A DGR n. 782 del 16 giugno 2020

pag. 15 di 1

sociali, con legami funzionali con i professionisti che operano all'interno delle strutture ospedaliere e con gli operatori del Dipartimento di Prevenzione.

Costituiscono componenti fondamentali del modello organizzativo:

1. *i MMG* afferenti alle diverse tipologie di forme associative, dalle più semplici alle più evolute e organizzate come le Medicine di Gruppo Integrate;
2. *i Medici di Continuità Assistenziale*, estendendo l'utilizzo dei contratti diurni come previsti dall'ACN a supporto della gestione della cronicità;
3. *le U.S.C.A.*, operando a supporto dell'attività del MMG ed in stretta connessione per la gestione anche della cronicità fino al 31/12/2020. Nello specifico le U.S.C.A. dovranno essere programmate in modo che i MMG afferenti ad una stessa forma associativa (sia essa medicina di Rete, di Gruppo o Medicina di Gruppo Integrata) abbiano come riferimento sempre la medesima U.S.C.A.
4. *l'infermiere di famiglia* che svolge attività sia presso gli ambulatori distrettuali (talora sede di U.S.C.A.) sia presso il domicilio dei pazienti non già presi in carico dall'ADI; l'infermiere di famiglia non è quindi l'infermiere dell'equipe ADI.

Dipendente gerarchicamente dalla UOC Cure primarie del Distretto di afferenza.

Posto che: "...l'*Infermiere di famiglia* è il professionista che aiuta gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio della persona assistita e della sua famiglia, conoscendone il contesto anche relazionale della comunità di inserimento...", si ritiene declinare l'attività nei seguenti ambiti:

- *l'infermiere di famiglia* collabora alla gestione dell'ambulatorio della cronicità con riferimento alle attività infermieristiche previste dai PDTA, ivi comprese la rilevazione di parametri, le verifiche di follow up, il front office sanitario;
- *l'infermiere di famiglia* garantisce prestazioni infermieristiche di consulenza e di educazione sanitaria e terapeutica con adozione di interventi di counselling, di supporto motivazionale e di rinforzo al paziente (o gruppi) e alla famiglia, allo scopo di sviluppare abilità di autocura e di fiducia nella gestione della malattia, provvedendo al monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed alla segnalazione di anomalie al MMG;
- *l'infermiere di famiglia* effettua visite domiciliari su disposizione del MMG a pazienti non già in carico alle équipe infermieristiche di Cure domiciliari dell'Azienda ULSS;
- *l'infermiere di famiglia* contribuisce al monitoraggio del grado di stabilità clinica/assistenziale ed alla valutazione delle alterazioni sintomatiche delle condizioni di salute in caso di malattia, acuta o cronica, che possono indicare un aggravamento o la comparsa di complicanze, in integrazione con gli altri professionisti coinvolti nel team;
- *l'infermiere di famiglia* svolge un'attività di mappatura delle risorse del territorio per il mantenimento di stili di vita sani, progettando ed attivando iniziative di promozione della salute rivolte alla comunità che favoriscano la partecipazione attiva, avvalendosi anche della collaborazione delle associazioni di volontariato;
- *l'infermiere di famiglia* contribuisce a garantire la continuità dell'assistenza attraverso l'integrazione dei servizi distrettuali, ospedalieri, dei Dipartimenti di prevenzione, lavorando in sinergia con i MMG e gli altri professionisti del team, anche partecipando alle

Unità di Valutazione Multidimensionali dei Distretti.

La presenza dell'infermiere di famiglia è prevista secondo uno standard non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti.

Tutte le attività sopra elencate sono a supporto dei servizi offerti dalle cure primarie, delle U.S.C.A. ma anche sono svolte in integrazione funzionale con i MMG, specie laddove non siano presenti già dei team di assistenza primaria organizzati (come le Medicine di Gruppo Integrate). Laddove siano attive forme associative evolute dei MMG, le attività sopra descritte in capo all'infermiere di famiglia del Distretto possono essere svolte dall'infermiere delle forme associative. Laddove, invece, non vi siano forme associative evolute dei MMG, l'infermiere di famiglia afferente al Distretto potrà svolgere, previo accordo con i MMG stessi, l'attività anche presso gli studi dei MMG che operano non in forma aggregata.

5. **le équipe multiprofessionali dell'ADI.** Nello specifico le attività infermieristiche domiciliari dovranno essere pianificate in modo che gli assistiti afferenti ad una stessa forma associativa della medicina generale (sia essa medicina di Rete, di Gruppo o Medicina di Gruppo Integrata) abbiano come riferimento sempre la medesima équipe ADI.
6. **i medici specialisti ambulatoriali interni**, attivati a seconda della tipologia di bisogno, potranno agire sia presso le sedi distrettuali, che presso il domicilio del paziente, che presso le strutture residenziali e le strutture di ricovero intermedie.
7. il **Dipartimento funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio** dovrà essere coinvolto a seconda della tipologia di bisogno, garantendo la propria consulenza anche a domicilio o presso le strutture residenziali qualora necessario.
8. **gli assistenti sociali** al fine di favorire la valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti e l'integrazione con i servizi sociali e socio sanitari territoriali, **secondo uno standard non superiore ad un assistente sociale ogni due U.S.C.A. per un monte ore settimanale massimo di 24 ore.**
9. **gli operatori del Dipartimento di Prevenzione**, qualora si rilevassero necessità di gestioni legate all'emergenza COVID-19 ma anche attività correlate alla salute della comunità (prevenzione, gestione malattie infettive, ecc.).
10. **i servizi sociali delle Amministrazioni comunali e le Associazioni di volontariato** al fine di definire tutte le misure necessarie per assicurare la massima tutela e il supporto per le necessità della vita quotidiana per le persone sole e prive di caregiver.

Per migliorare e potenziare l'assistenza al domicilio o presso le strutture residenziali, i team multiprofessionali dovranno potersi avvalere di adeguati kit di monitoraggio dei pazienti al domicilio o presso le RSA, di adeguata attrezzatura diagnostica (termometro a distanza, misuratore di P.A., Ecografi ed ECG portatili) ed ogni altro presidio medico necessario, ivi compresi i farmaci di urgenza.

Per facilitare l'integrazione multiprofessionale sarà anche favorito l'impiego della telemedicina, non solo per il monitoraggio dei pazienti ma anche per la diagnostica, e la promozione del teleconsulto tra MMG e specialisti dell'Azienda ULSS di afferenza, anche tramite video-consulazione, promuovendo il collegamento del paziente previo appuntamento.

In particolare la presa in carico dell'apice della piramide richiede che questi team multiprofessionali

garantiscono il coordinamento dei diversi nodi della rete nell'attuazione dei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) o Piani Integrati di cura, condivisi dal team stesso e dal paziente, coinvolgendo anche la rete ospedaliera quale parte integrante delle transizioni protette, con importante funzione consulenziale nella definizione del Piano stesso e di supporto alla domiciliarizzazione. Il Piano Assistenziale Individuale costituirà parte integrante del Fascicolo Sanitario Elettronico e, quindi, sarà consultabile da tutti gli attori della filiera assistenziale.

A livello di sistema, **il Fascicolo Sanitario Elettronico rappresenta elemento portante per garantire la continuità dell'assistenza tra tutta la filiera assistenziale.**

Nell'ambito del Distretto sarà individuato un team di coordinamento/riferimento che coadiuvi i MMG/PLS per definire il percorso più appropriato dei pazienti fra ospedale e territorio. Le transizioni dovranno, comunque, essere monitorate dalla COT.

In via generale, **la COT viene a costituire il luogo di coordinamento della gestione delle transizioni ed il punto di raccordo tra le tre macrostrutture aziendali ossia Ospedale, Territorio e Dipartimento di Prevenzione.**

I Team multiprofessionali sopradescritti afferiscono al Distretto.

Allegato 4. Tabella di schedatura degli articoli

Autore/anno/ Rivista	Tipo di studio	Obiettivo	Campione	Interventi oggetto dello studio	Risultati principali
Incidence and Severity of Depression Among Recovered African Americans with COVID-19-Associated Respiratory Failure Titilope Olanipekun et al. 2021	Studio osservazionale	Verificare l'aumento di depressione dopo il ricovero in terapia intensiva ed aver ricevuto il trattamento con ventilazione meccanica invasiva per insufficienza respiratoria associata a COVID-19	Un totale di 73 pazienti ha completato il questionario. L'età media era di 52,5 anni e il 65% erano maschi. Le comorbidità più comuni erano l'ipertensione (66%) e il diabete mellito (51%).	I pazienti ricoverati in terapia intensiva e trattati con ventilazione meccanica invasiva per insufficienza respiratoria associata a COVID-19 sono stati sottoposti a screening per la depressione entro 90 giorni dalla dimissione ospedaliera utilizzando questionari validati.	Il 44% dei pazienti ha avuto una diagnosi di disturbo depressivo maggiore sulla base del questionario. L'incidenza di MDD era maggiore tra le donne rispetto ai maschi, nei pazienti con più di 75 anni e in quelli con comorbidità multiple. Il 18% dei pazienti presentava depressione moderata, mentre il 15% depressione moderatamente grave e il 22% grave.
Prevalence, New Incidence, Course, and Risk Factors of PTSD, Depression, Anxiety, and Panic Disorder during the Covid-19	Ricerca epidemiologica	Valutazione della prevalenza e dell'incidenza di disturbo da stress post-traumatico, depressione, ansia e disturbo di panico tra i cittadini in 11 paesi durante la pandemia di Covid-	Hanno partecipato 9942 persone provenienti da 11 paesi: in Regno Unito, Belgio, Paesi Bassi, Bulgaria, Repubblica Ceca, Finlandia, India, Lettonia, Polonia, Romania e Svezia. Alcune persone hanno	È stato sviluppato un sondaggio online in 11 paesi, che è stato tradotto dagli autori in 9 lingue pertinenti. Inizialmente, gli autori hanno stabilito quali misure di contenimento per fermare la diffusione del Covid-19	Sono state ottenute 9543 risposte. La prevalenza e la nuova incidenza durante la pandemia per almeno un disturbo è stata del 48,6% e del 17,6%, con la nuova incidenza di PTSD, ansia, depressione e disturbo di panico rispettivamente dell'11,4%, 8,4%, 9,3% e 3%. Una

<p>Pandemic in 11 Countries Irina Georgieva et al. 2021</p>		<p>19, dei rischi e i fattori protettivi più associati allo sviluppo di questi disturbi di salute mentale e il loro decorso a 68 giorni di follow-up.</p>	<p>completato il sondaggio più volte, quindi è stato mantenuto solo il primo completamento, riducendo il numero di intervistati a 9543 risposte uniche.</p>	<p>sono state attuate nel Paese che rappresentano. Sono state incluse nell'indagine solo le misure che sono state applicate in almeno due paesi, risultando in 44 diverse misure di contenimento.</p>	<p>maggiore resilienza è stata associata a un minor carico di salute mentale per tutti i disturbi. Da dieci a tredici fattori associati spiegavano il 79% della varianza nel PTSD, l'80% nell'ansia, il 78% nella depressione e l'89% nel PD.</p>
<p>Post-infection depression, anxiety and PTSD- a retrospective cohort study with mild COVID-19 patients Flavia Ismael et al. 2020</p>	<p>Studio di coorte retrospettivo</p>	<p>Studiare l'associazione tra il numero di sintomi di COVID-19 e la depressione, l'ansia ed il disturbo da stress post-traumatico.</p>	<p>I residenti di 18 anni con sospetti sintomi di COVID-19 sono stati invitati a completare un questionario di screening iniziale che includeva dati sociodemografici; informazioni sul tipo, l'esordio e la durata dei sintomi; e contatti recenti. Sono state valutate le persone che soddisfano la definizione di caso sospetto COVID-19. Non ci sono stati rifiuti. A tutte le donne in gravidanza e</p>	<p>Sono stati effettuati tamponi nasofaringei per COVID-19 raccolti presso le case dei pazienti sotto la supervisione di personale sanitario qualificato. I pazienti risultati positivi al COVID-19 e classificati come casi lievi all'assunzione del trattamento sono stati ulteriormente valutati per la presenza di disturbi di salute mentale.</p>	<p>Depressione, ansia e PTSD sono stati riportati dal 26,2%, 22,4% e 17,3% del campione. Segnalare un numero maggiore di sintomi correlati a COVID è stato associato a depressione.</p>

			ai pazienti con criteri predefiniti per malattie gravi è stato consigliato di rivolgersi a un servizio ospedaliero un pronto soccorso o un servizio ambulatoriale, a seconda della disponibilità.		
Depression and anxiety in healthcare professionals during the COVID-19 pandemic S. Weibelzahl et al. 2020	Studio epidemiologico	indagare la prevalenza di vari fattori di stress legati al lavoro tra gli operatori sanitari in Germania specifici per la pandemia di COVID-19, gli effetti psicologici di questi stress in termini di sintomi e il comportamento di ricerca di aiuto degli operatori sanitari	300 operatori sanitari hanno completato un sondaggio online che includeva la checklist per la valutazione dei sintomi dell'ICD-10 (ISR), domande di campionamento degli eventi sui fattori di stress correlati alla pandemia e domande auto-formulate sul comportamento di ricerca di aiuto.	I partecipanti sono stati reclutati tra il 22 maggio e il 22 luglio 2020. I risultati sono stati analizzati utilizzando t test, regressioni e confronti con ampi campioni clinici e non clinici valutati prima e durante la pandemia.	I risultati mostrano che gli operatori sanitari sono stati i più colpiti dalle misure di protezione sul posto di lavoro e dai cambiamenti nelle procedure di lavoro. I sintomi psicologici, in particolare ansia e depressione, erano significativamente più gravi rispetto a un campione pre-pandemico non clinico e nella popolazione generale durante la pandemia. La maggior parte dei professionisti ha indicato che non avrebbe cercato aiuto per problemi psicologici.
COVID-19 related	Revisione di letteratura	Valutare se le misure attuate per	Hanno partecipato totale di 1389 soggetti	172 soggetti sono stati messi in quarantena	Depressione e ansia sono state riportate rispettivamente dal

<p>depression and anxiety among quarantined respondents Fang Tang et al. 2020</p>		<p>controllare la diffusione del coronavirus possono innescare problemi di salute mentale.</p>	<p>provenienti da 31 province della Cina continentale e di Hong Kong rispondendo ai questionari, di cui 1160 questionari sono stati completati e correttamente compilati. Sono stati rimossi i questionari non conformi.</p>	<p>nell'area colpita, 219 sono stati messi in quarantena in un'area non colpita e 769 non sono stati messi in quarantena. Il profilo sociodemografico degli intervistati messi in quarantena nell'area colpita ha rivelato che 71 intervistati avevano un'età compresa tra 18 e 29 anni, 65 erano maschi e 86 avevano qualifiche di scuola superiore, mentre 49 avevano qualifiche universitarie e superiori. Dei 172 intervistati, 76 avevano un reddito di oltre 5000 Ren Min Bi (RMB) al mese e 52 erano 2000-4999 RMB al mese e 71 erano sposati. I profili sociodemografici degli intervistati messi in quarantena in aree non interessate hanno</p>	<p>26,47% e dal 70,78% degli intervistati. Con le variabili demografiche e comunitarie, gli intervistati in quarantena hanno riportato una maggiore probabilità di mostrare sintomi di depressione e ansia rispetto a quelli non messi in quarantena. Gli intervistati che vivevano in comunità in cui era richiesto lo screening per COVID-19 avevano meno probabilità di riferire sintomi di depressione e ansia.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<p>rivelato che 138 intervistati erano donne, con 140 di età compresa tra 18 e 29 anni e 52 di età compresa tra 30 e 49 anni. Dei 219 intervistati, 124 avevano qualifiche di scuola superiore, 39 avevano qualifiche universitarie e superiori, mentre 78 erano 2000-4999 RMB al mese, 74 guadagnavano oltre 5000 RMB al mese e 138 erano sposati.</p>	
<p>COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence Nina Vindegaard et al. 2020</p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>Affrontare il potenziale effetto diretto sulla salute mentale di SARS-CoV-2.</p>	<p>Sono stati i ricercati sistematicamente sul database PubMed includendo studi che misurano i sintomi o le morbidità psichiatriche associati a COVID-19 tra i pazienti infetti e tra i gruppi senza infezione quest'ultimo diviso in pazienti psichiatrici,</p>	<p>La ricerca iniziale ha prodotto 460 risultati. Di questi 101 sono stati inclusi per la revisione del testo completo che ha portato all'inclusione di 43 articoli. Di questi, due articoli hanno valutato i pazienti con infezione confermata da COVID-19 e 41 l'effetto indiretto della</p>	<p>Ci sono indicazioni di livelli aumentati di PTSS e depressione a seguito dell'infezione da COVID-19. Per quanto riguarda gli effetti indiretti del COVID-19 sulla salute mentale generale, sembra esserci evidenza di un aumento dei sintomi depressivi e ansiosi insieme a un impatto negativo sulla salute mentale</p>

			operatori sanitari e operatori non sanitari.	pandemia. 18 degli studi erano studi caso-controllo o confrontati con le norme, mentre 25 degli studi non avevano gruppi di controllo.	generale, in particolare tra gli operatori sanitari.
Depression and Anxiety in Hong Kong during COVID-19 Edmond Pui Hang Choi et al. 2020	Studio trasversale	valutare la depressione e l'ansia delle persone a Hong Kong durante la pandemia di COVID-19	In totale sono state contattate 774 persone. 163 persone non hanno risposto all'invito. 111 non hanno risposto al sondaggio. Il campione finale comprendeva 500 intervistati. L'età media era di 47,26, il 54,8% erano donne, il 67,2% erano sposate. Il 56,2% aveva un lavoro a tempo pieno, il 31,8% aveva una laurea o superiore e il 32,2% aveva un reddito personale mensile > 20.000 HKD \$.	Gli intervistati sono stati reclutati in modo casuale e gli è stato chiesto di completare un questionario strutturato, incluso il questionario sulla salute del paziente-9 (PHQ-9), il disturbo d'ansia generalizzato-7 (GAD-7), la valutazione globale della scala di cambiamento e gli elementi relativi a COVID-19.	Dei 500 intervistati inclusi nello studio, il 19% soffriva di depressione (punteggio PHQ-9 ≥ 10) e il 14% aveva ansia (punteggio GAD ≥ 10). Inoltre, il 25,4% ha riferito che la propria salute mentale era peggiorata dalla pandemia

<p>Expected effects of COVID-19 outbreak on depression incidence in Italy Claudio Mencacci, Virgilio Salvi 2021</p>	<p>Studio osservazionale</p>	<p>Verificare l'aumento d'incidenza di ansia e sintomi depressivi nella popolazione generale.</p>	<p>Hanno partecipato in uno studio condotto in Cina 7000 soggetti, in Italia l'indagine è stata condotta su 2766 persone</p>	<p>È stata intervistata la popolazione cinese per prima e successivamente la popolazione italiana.</p>	<p>In Cina ansia e depressione generalizzate sono state riportate nel 35% e nel 20% della popolazione intervistata. In Italia, hanno riportato sintomi di ansia elevati nel 19% e sintomi depressivi elevati nel 32% degli intervistati</p>
<p>Anxiety, depression, and stress in response to the coronavirus disease-19 pandemic Héctor J. Pérez-Can et al 2020</p>	<p>Studio osservazionale</p>	<p>Determinare lo stato di ansia, depressione e stress presenti nella società durante lo sviluppo della pandemia di coronavirus del 2019</p>	<p>Sono stati inclusi, mediante campionamento non probabilistico determinato dal tempo, soggetti messicani maggiorenni, di qualsiasi genere, che hanno avuto accesso a un dispositivo elettronico che ha permesso loro di rispondere a un sondaggio, e che ha precedentemente accettato di partecipare allo studio attraverso un consenso informato digitale;</p>	<p>è stato sviluppato un questionario in tre sezioni che includeva dati sociodemografici, percezione, emozioni e comportamenti relativi alla pandemia di coronavirus del 2019 e due test psicodemografici di valutazione dell'emotività. le proporzioni e gli intervalli di confidenza delle variabili sono stati calcolati e confrontati.</p>	<p>Oltre il 40% dei soggetti presentava un certo grado di ansia e depressione del 41,3%; la percentuale di stress era < 30%. Tra i soggetti che hanno sperimentato ansia, anche il 18,6% aveva depressione da moderata a molto grave o stress.</p>

			questo campione di popolazione adulta è stato reclutato utilizzando piattaforme di social media. Tutti i dati personali sono stati trattati in modo confidenziale.		
Psychological distress, loneliness, alcohol use and suicidality in New Zealanders with mental illness during a strict COVID-19 lockdown Caroline Bell et al. 2021	Ricerca osservazionale	Valutare l'aumento ed il peggioramento di disturbi a carico della salute mentale nelle persone a cui era stata precedentemente diagnosticata una malattia mentale	Hanno partecipato 3389 soggetti, di cui il 18,4% ha riferito di avere una diagnosi di malattia mentale.	Sono stati condotti due sondaggi online in Nuova Zelanda durante il lockdown misurando disagio psicologico, ansia, suicidi, consumo di alcol ed esperienze soggettive.	Durante il lockdown, le persone a cui era stata precedentemente diagnosticata una malattia mentale avevano circa il doppio del rischio di riportare livelli di disagio psicologico medio-alti livelli almeno moderati di ansia e scarso benessere. Hanno riferito di un aumento del consumo di alcol e avevano circa quattro volte più probabilità di avere avuto pensieri suicidi con il 3% che ha riferito di aver tentato il suicidio. Hanno riferito contatti sociali ridotti e maggiore solitudine, problemi sanitari e finanziari.

<p>Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A T systematic review Jiaqi Xiong et al. 2020</p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>Questa revisione sistematica mira a sintetizzare la letteratura esistente che riporta gli effetti di COVID-19 sugli esiti psicologici della popolazione generale e sui fattori di rischio associati.</p>	<p>è stata condotta una ricerca sistematica su PubMed, Embase, Medline, Web of Science e Scopus dall'inizio al 17 maggio 2020 seguendo le linee guida PRISMA. È stata eseguita una ricerca manuale su Google Scholar per identificare ulteriori studi pertinenti. Gli articoli sono stati selezionati in base a criteri di ammissibilità predeterminati.</p>	<p>Sono state identificate 648 pubblicazioni. Di questi, 264 sono stati rimossi dopo lo screening iniziale a causa della duplicazione. Sono stati esclusi 343 articoli in base a titoli e abstract. 41 articoli full-text sono stati valutati per l'ammissibilità. 12 articoli esclusi per lo studio di sottogruppi specifici della popolazione, 5 esclusi per non avere una misura appropriata, 3 esclusi per essere documenti di revisione e 2 esclusi perché duplicati. Dopo lo screening full-text, 19 studi hanno soddisfatto i criteri di inclusione.</p>	<p>tassi relativamente elevati di sintomi di ansia (6,33% al 50,9%), depressione (14,6% al 48,3%), disturbo da stress post-traumatico (7% al 53,8%), disagio psicologico (34,43% al 38%) e lo stress (dall'8,1% all'81,9%) è riportato nella popolazione generale durante la pandemia di COVID-19 in Cina, Spagna, Italia, Iran, Stati Uniti, Turchia, Nepal e Danimarca.</p>
<p>Depression reported by US adults in 2017–</p>	<p>studio su un pannello Internet longitudinale</p>	<p>valutare i livelli di depressione prima e durante la pandemia di</p>	<p>L'Undering America Study (UAS) è uno studio su un pannello Internet longitudinale</p>	<p>È stato utilizzato un questionario per rilevare la probabile depressione in due</p>	<p>la percentuale di adulti affetti da depressione negli Stati Uniti è aumentata in modo significativo dall'8,7% nel</p>

<p>2018 and March and April 2020 Michael Daly et al. 2021</p>	<p>nazionale basato sulla probabilità</p>	<p>COVID-19 negli Stati Uniti.</p>	<p>nazionale basato sulla probabilità. I partecipanti sono stati reclutati tramite campionamento basato sull'indirizzo utilizzando il file della sequenza di consegna computerizzata del servizio postale statunitense. Quelli senza accesso a Internet sono stati forniti di tablet connessi a Internet per garantire la rappresentatività del campione. 8502 partecipanti UAS sono stati invitati a prendere parte all'UAS COVID-19 Tracking Survey e 6819 (80%) hanno partecipato tra il 10 e il 31 marzo.</p>	<p>sondaggi rappresentativi a livello nazionale di adulti statunitensi. La depressione è stata valutata a marzo e aprile 2020</p>	<p>2017–2018 al 10,6% nel marzo 2020 e al 14,4% nell'aprile 2020. Sono stati osservati aumenti significativi dei livelli di depressione per tutti i sottogruppi della popolazione esaminati, ad eccezione di quelli di età superiore a 65 anni e dei partecipanti neri. I giovani adulti (di età compresa tra 18 e 34 anni) hanno sperimentato un marcato aumento della depressione di 13,4 % che era più ampio di qualsiasi altro gruppo di età.</p>
<p>Prevalence of Depression Symptoms in</p>	<p>Studio trasversale</p>	<p>Stimare la prevalenza e i fattori di rischio</p>	<p>Il campione principale per questo studio era un gruppo</p>	<p>Questo studio è stato approvato dai comitati di revisione</p>	<p>Un totale di 1470 partecipanti ha completato l'indagine COVID-19 e LifeStressors</p>

<p>US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic Catherine K. Ettman et al. 2020</p>		<p>associati ai sintomi della depressione tra gli adulti statunitensi durante e prima della pandemia di COVID-19.</p>	<p>rappresentativo a livello nazionale di adulti statunitensi di età pari o superiore a 18 anni che utilizzava il pannello AmeriSpeak che è un pannello basato sulla probabilità. Le famiglie vengono selezionate casualmente con una probabilità nota diversa da zero dal NORC National Frame, che copre circa il 97% delle famiglie statunitensi. Le persone escluse dal campionamento erano persone con indirizzi solo di caselle postali. Gli adulti di età pari o superiore a 18 anni che parlavano inglese e che avevano completato un sondaggio AmeriSpeak negli</p>	<p>istituzionale del NORC presso l'Università di Chicago e la Boston University. Tutti i partecipanti ad AmeriSpeak hanno fornito il consenso informato scritto durante il processo di iscrizione per entrare a far parte del panel permanente di AmeriSpeak. Tutti i partecipanti al NHANES hanno fornito il consenso informato scritto prima per il colloquio familiare e poi per l'esame sanitario. Questo studio ha seguito le linee guida di segnalazione dell'American Association for Public Opinion Research (AAPOR). Sintomi di depressione, definiti utilizzando il questionario sulla salute</p>	<p>Impacton Mental Health and Well-being (tasso di completamento, 64,3%) e, dopo aver rimosso quelli con dati mancanti, il campione finale durante il COVID-19 includeva 1441 partecipanti (619 partecipanti di età compresa tra 18 e 39 anni; 723 uomini; 933 non -bianco ispanico). Il campione pre-COVID-19 includeva 5065 partecipanti (1704 partecipanti di età compresa tra 18 e 39 anni; 2588 donne; 1790 bianchi non ispanici). La prevalenza dei sintomi depressivi è stata maggiore in ogni categoria durante COVID-19 rispetto a prima (lieve: 24,6% vs 16,2%; moderata: 14,8% vs 5,7%; moderatamente grave: 7,9% vs 2,1%; grave: 5,1% vs 0,7%). Il rischio più elevato di sintomi depressivi durante COVID-19 era associato ad avere un reddito più basso (odds ratio, 2,37), avere meno di \$ 5000 di</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>ultimi 6 mesi potevano partecipare al sondaggio. In totale, 1470 partecipanti hanno completato il sondaggio, rappresentando un tasso di completamento del sondaggio del 64,3% dei relatori campionati. 29 partecipanti mancanti di dati per la depressione sono stati esclusi dal campione. Il campione finale dello studio COVID-19 includeva 1441 partecipanti.</p>	<p>del paziente-9 cutoff di 10 o superiore. Le categorie di sintomi depressivi sono state definite come nessuna (punteggio, 0-4), lieve (punteggio, 5-9), moderata (punteggio, 10-14), moderatamente grave (punteggio, 15-19) e grave (punteggio 20).</p>	<p>risparmio (odds ratio, 1,52) ed esposizione a più fattori di stress (odds ratio, 3,05).</p>
<p>Psychosocial impact of COVID-19 Souvik Dubey et al. 2020</p>	<p>Revisione</p>	<p>Definire l'impatto psicosociale di COVID-19.</p>	<p>La ricerca è stata effettuata su PubMed e Google Scholar. Sono stati aggiunti anche pochi rapporti sui giornali relativi a COVID-19 e agli impatti psicosociali secondo il contesto.</p>	<p>La ricerca è stata effettuata su PubMed e Google Scholar con le seguenti parole chiave: "COVID-19", "SARS-CoV2", "Pandemia", "Psicologia", "Psicosociale", "Psichiatria",</p>	<p>La malattia stessa e la quarantena per combattere il COVID-19 applicata a livello nazionale può produrre panico acuto, ansia, comportamenti ossessivi, accaparramento, paranoia depressione e disturbo da stress post-traumatico a lungo termine.</p>

				<p>“emarginato”, “telemedicina”, “salute mentale”, “quarantena”, “infodemia”, “social media” e “internet”.</p>	<p>Sono stati segnalati anche razzismo, xenofobia e stigmatizzazione. Gli operatori sanitari in prima linea sono più a rischio di contrarre la malattia e di avere esiti psicologici avversi. I programmi per combattere il COVID interrompono lo stile di vita dei bambini che possono manifestare disagio mentale. Gli anziani, i caregiver, i pazienti psichiatrici e le comunità emarginate richiedono un'attenzione speciale.</p>
<p>Telenursing home care and COVID-19 Zeynab Kord et al. 2021</p>	<p>Ricerca qualitativa</p>	<p>Lo scopo di questo studio è di valutare le esperienze vissute dei pazienti con COVID-19 con l'assistenza domiciliare utilizzando il telenursing.</p>	<p>Sono stati selezionati 20 partecipanti con metodo di campionamento intenzionale che è stato continuato fino alla saturazione dei dati. I campioni includevano pazienti con COVID-19 dimessi dall'ospedale che stavano continuando le loro</p>	<p>I partecipanti sono stati selezionati utilizzando un metodo di campionamento intenzionale e considerando i criteri di inclusione ed esclusione. Dopo aver ottenuto l'approvazione etica, i dati sono stati raccolti attraverso interviste semistrutturate. Nelle</p>	<p>I temi principali includevano "facilitatori" (miglioramento delle relazioni, istruzione, consulenza, assistenza e supporto adeguati, miglioramento e promozione della salute) e "barriere" (mancanza di conoscenze ed esperienze precedenti, problemi infrastrutturali, confusione nei programmi ospedalieri, pressione causata dalla pandemia COVID). Si</p>

			<p>cure a casa e tramite telenursing. I criteri di inclusione erano: avere un test COVID-19 positivo, ricovero in reparto COVID-19, alfabetizzazione, saper utilizzare Skype e telefono cellulare, saper comunicare e avere tempo adeguato al colloquio. I criteri di esclusione erano la riluttanza del paziente a partecipare allo studio, la limitata cooperazione per il collegamento del paziente al ventilatore o ad altri dispositivi restrittivi a casa.</p>	<p>interviste sono state utilizzate domande a risposta aperta e follow-up. Le interviste sono state condotte utilizzando Skype e il telefono. Tutti i dati sono stati registrati ed è stato utilizzato un software per gestire i dati.</p>	<p>raccomanda di condurre studi sul telenursing. I risultati di tali studi possono contribuire a l'uso rapido e serio di questo nell'area dell'assistenza, dell'istruzione, del supporto, del follow-up e della consulenza ai pazienti.</p>
<p>The Impact of Quarantine and Physical Distancing Following COVID-19 on Mental Health: Study Protocol</p>	<p>protocollo di studio di una sperimentazione multicentrica sulla popolazione italiana</p>	<p>valutare l'impatto del COVID-19 e delle misure di quarantena sulla salute mentale della popolazione italiana, identificare le</p>	<p>trial nazionale, multicentrico, trasversale, di popolazione, senza scopo di lucro, che coinvolge le seguenti undici sedi: Università della Campania "Luigi</p>	<p>I dati saranno raccolti attraverso una piattaforma web utilizzando strumenti di valutazione convalidati. I partecipanti sono stati suddivisi in quattro gruppi: Gruppo 1 di</p>	<p>Si prevede un aumento dei sintomi psichiatrici e dei problemi di salute mentale nella popolazione generale. La maggior parte degli operatori sanitari che lavorano nelle unità di isolamento e nei reparti di rianimazione molto</p>

<p>of a Multicentric Italian Population Trial Vincenzo Giallonardo et al. 2020</p>		<p>principali aree su cui intervenire con interventi di supporto a lungo termine per le diverse categorie di persone esposte alla pandemia</p>	<p>Vanvitelli” (Napoli), Università Politecnica delle Marche (Ancona), Università Milano Bicocca, Università “Statale” (Milano), Università di Perugia, Università di Pisa, Università di Roma Sapienza, Università di Roma “Cattolica”, Università di Trieste, Università di Ferrara; il Centro di Scienze Comportamentali e di Salute Mentale dell'Istituto Superiore di Sanità (Roma).</p>	<p>quarantena COVID-19, popolazione generale messa in quarantena ma non isolata, cioè quella non direttamente esposta al contagio né a contatto con individui COVID-19+; Gruppo 2 COVID-19+, persone isolate direttamente/indirettamente esposte al virus; Gruppo 3 personale sanitario COVID-19, operatori sanitari di prima e seconda linea; Gruppo 4 Salute mentale COVID-19, utenti dei servizi di salute mentale e coloro a cui era già stato diagnosticato un disturbo mentale.</p>	<p>spesso non ricevono alcuna formazione o supporto per la propria assistenza sanitaria mentale. I servizi di salute mentale in tutto il mondo non sono preparati a gestire le conseguenze a breve e lungo termine della pandemia. È necessario avere un quadro chiaro dell'impatto che questi nuovi fattori di stress stanno avendo sulla salute mentale e sul benessere al fine di sviluppare e diffondere adeguati interventi preventivi per la popolazione generale così come per i diversi gruppi a rischio.</p>
<p>The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019</p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>Verificare l'impatto psicologico e mentale di COVID-19 tra gli operatori sanitari, la popolazione</p>	<p>È stata condotta con una ricerca bibliografica utilizzando Embase, PubMed, studioso di Google e database</p>	<p>Sono stati inclusi studi quantitativi che esaminano il disagio psicologico di COVID-19 tra il personale medico, la popolazione</p>	<p>La prevalenza complessiva di ansia e depressione era rispettivamente del 33% e del 28%. La prevalenza di ansia e depressione era la più alta tra i pazienti con condizioni</p>

<p>(COVID- 19) on medical staff and general public – A systematic review and meta- analysis Min Luo et al. 2020</p>		<p>generale e i pazienti con rischio più elevato di COVID-19</p>	<p>dell'OMS COVID-19. Nella ricerca iniziale di 9207 studi, sono stati inclusi nella revisione 62 studi con 162.639 partecipanti provenienti da 17 paesi.</p>	<p>generale e i pazienti con condizioni preesistenti o infetti da COVID-19. Sono stati esclusi gli studi se:erano irrilevanti per l'esposizione (COVID-19) o l'esito (impatto psicologico, impatto mentale); erano studi sugli animali, studi sperimentali o studi genetici; non ha utilizzato uno strumento validato per misurare l'impatto psicologico; non erano in lingua inglese. La ricerca è stata eseguita da due ricercatori indipendenti. Sono stati eseguiti in totale tre cicli di screening. Durante il primo round, i titoli degli articoli sono stati esaminati e i potenziali articoli sono stati ulteriormente esaminati per gli abstract nel secondo round. I</p>	<p>preesistenti e infezione da COVID-19 ed era simile tra gli operatori sanitari e il pubblico in generale. Studi provenienti da Cina, Italia, Turchia, Spagna e Iran hanno riportato una prevalenza superiore al totale tra gli operatori sanitari e il pubblico in generale.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				potenziali articoli identificati dopo il secondo round sono stati ulteriormente rivisti per un documento completo per esaminare l'ammissibilità.	
Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors Mario Gennaro Mazza et al. 2020	studio di coorte prospettico	È stato studiato l'impatto psicopatologico di COVID-19 nei sopravvissuti, considerando anche l'effetto dei predittori clinici e infiammatori.	Sono stati selezionati per sintomi psichiatrici 402 pazienti sopravvissuti al COVID-19 (265 maschi, età media 57,8, fascia di età da 18 a 87 anni), dal 6 aprile al 9 giugno 2020, durante uno studio di coorte prospettico in corso presso l'IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano.	Tutti i pazienti inclusi nel presente studio sono stati valutati per la prima volta presso il Pronto Soccorso (ED), dove sono stati sottoposti a valutazione clinica, elettrocardiogramma, emogasanalisi ed analisi ematologica.	i sopravvissuti al COVID-19 hanno presentato un'elevata prevalenza di sequele psichiatriche emergenti, con il 55% del campione che presentava un punteggio patologico per almeno un disturbo. Nei sopravvissuti è prevista un'incidenza superiore alla media di PTSD, depressione maggiore e ansia, tutte le condizioni non trasmissibili ad alto carico associate ad anni di vita vissuti con disabilità. Inoltre, la depressione si associa a un rischio marcatamente aumentato di mortalità.
Factors associated with self-reported	Indagine trasversale	indagare sui fattori associati all'ansia, alla depressione e	Indagine trasversale online su un campione rappresentativo a	È stato somministrato un questionario che ha misurato l'ansia	In questo campione, il 21,9% ha riportato ansia mentre il 23,5% ha riportato

<p>anxiety, depression, and general health during the UK lockdown; a cross-sectional survey Louise E. Smith et al. 2020</p>		<p>alla salute generale durante il "lockdown" dovuto al COVID-19 nel Regno Unito.</p>	<p>livello nazionale di 2240 partecipanti che vivono nel Regno Unito di età pari o superiore a 18 anni (dati raccolti dal 6 al 7 maggio 2020). I partecipanti sono stati reclutati dal pannello di ricerca online di YouGov.</p>	<p>utilizzando il GAD-2.16 e la depressione utilizzando il PHQ-2.</p>	<p>depressione. Una salute mentale peggiore è stata associata a maggiori difficoltà finanziarie durante il lockdown. Le femmine e i giovani hanno riferito livelli più elevati di ansia e depressione. La maggior parte dei partecipanti ha riferito che la propria salute generale era "buona". Una salute generale più scadente autodichiarata era associata a disagio psicologico, maggiore preoccupazione per COVID-19 e disuguaglianza.</p>
<p>Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey Yeen Huang et al. 2020</p>	<p>Indagine trasversale</p>	<p>valutare il carico di salute mentale del pubblico cinese durante la pandemia ed esplorare i potenziali fattori di influenza</p>	<p>Utilizzando un sondaggio trasversale basato sul web, sono stati raccolti dati da 7.236 volontari auto-selezionati valutati con informazioni demografiche, conoscenze relative a COVID-19, disturbo d'ansia generalizzato (GAD), sintomi</p>	<p>È stato utilizzato un sondaggio trasversale basato sul web basato sul National Internet Survey on Emotional and Mental Health (NISEMH), un'indagine sul comportamento sanitario online della popolazione cinese, per raccogliere i dati. Questo sondaggio</p>	<p>La prevalenza complessiva di GAD, sintomi depressivi e qualità del sonno nel pubblico erano rispettivamente del 35,1%, 20,1% e 18,2%. I giovani hanno riportato una prevalenza significativamente maggiore di GAD e sintomi depressivi rispetto agli anziani. Rispetto ad altri gruppi professionali, gli operatori sanitari avevano maggiori probabilità di avere una scarsa</p>

			depressivi e qualità del sonno	basato sul web sul COVID-19 è stato inviato su Internet attraverso la piattaforma pubblica WeChat e i media mainstream. Tutti i cinesi che utilizzano WeChat o altri strumenti social possono vedere questo sondaggio e rispondere al questionario scansionando il codice QR o facendo clic sul collegamento pertinente. Per incoraggiare il reclutamento, tutti i partecipanti al sondaggio possono ricevere un rapporto sulla loro salute mentale dopo averlo completato.	qualità del sonno. Questo studio ha identificato un grave onere per la salute mentale del pubblico durante l'epidemia di COVID-19. I giovani, le persone che trascorrevano troppo tempo a pensare all'epidemia e gli operatori sanitari erano ad alto rischio di malattie mentali.
--	--	--	--------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------