

L'impatto dell'emergenza COVID-19 sui servizi di salute mentale: tra clinica e organizzazione

STEFANO BARLATI^{1,2}, IRENE CALZAVARA PINTON¹, ARIANNA SAVORELLI¹, ANTONIO VITA^{1,2}

1. Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, Università degli Studi di Brescia

2. Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Spedali Civili di Brescia

RIASSUNTO

La pandemia COVID-19, oltre alle vittime direttamente causate dal virus e dalle sue sequele patologiche e alla disabilità residuante da molte condizioni “guarite”, ha avuto e avrà un impatto straordinario sulla salute mentale dell'intera popolazione. Diversi sono i gruppi potenzialmente suscettibili all'impatto psicosociale della pandemia: la popolazione generale, afflitta dalla paura del contagio e dagli effetti delle misure restrittive e di distanziamento sociale; le persone “in quarantena” perché venute in contatto con casi positivi; i soggetti clinicamente guariti, ma ancora positivi al virus e perciò isolati; i parenti delle molte vittime della malattia; i soggetti fragili, come ad esempio gli anziani, ma anche soggetti in condizioni di grave povertà o marginalità; i pazienti affetti da disturbi mentali di varia gravità; e, infine, gli operatori sanitari coinvolti in varia misura nella cura delle persone affette da COVID-19. Pur nell'ambito della pandemia, la riorganizzazione dei sistemi sanitari non ha intaccato l'attività dei servizi di salute mentale, che è stata in parte ridimensionata e ricalibrata senza però essere mai sospesa. Gli specialisti della salute mentale dovrebbero interpretare un ruolo particolare nel contesto così straordinario di un disastro su scala mondiale, ruolo che trascende il campo meramente psichiatrico. In questo scenario, i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) dovrebbero assumere posizioni di leadership, fornendo indicazioni al legislatore mirate a garantire una corretta gestione delle conseguenze psicosociali della pandemia. Per fronteggiare le conseguenze psicologiche dell'epidemia nelle diverse popolazioni a rischio, una vera epidemia nell'epidemia, ed in conformità alla letteratura recente e alle esperienze acquisite, dovrebbe inoltre essere attivato un team di salute mentale di comunità, comprendente psichiatri, psicologi, infermieri e altri operatori della salute mentale. Dovranno inoltre essere individuate nuove strategie di lavoro, che possano agevolare l'erogazione di servizi, implementando ad esempio l'utilizzo della tecnologia nei percorsi clinico-terapeutici (telepsichiatria).

Parole chiave: COVID-19, disturbi mentali, operatori della salute mentale, pandemia, servizi di salute mentale, telepsichiatria.

SUMMARY

The impact of the COVID-19 emergency on mental health services: between clinic and organization

The COVID-19 pandemic, in addition to the victims directly caused by the virus, has and will have an extraordinary impact on the mental health of the entire population. There are different groups of people potentially susceptible to the psychosocial impact of the pandemic: the general population, afflicted by the fear of contagion and by the effects of restrictive measures and social distancing; people “in quarantine” because they came into contact with positive cases; subjects clinically recovered, but still positive for the virus and therefore isolated; relatives of the victims of the disease; weak subjects, such as the elderly, but also subjects in conditions of severe poverty or marginalization; patients with mental disorders; and health workers involved in the care of people affected by COVID-19. Differently from other medical disciplines, psychiatric services

Indirizzo per la corrispondenza:

Antonio Vita
Cattedra di Psichiatria
Università degli Studi Brescia
Unità di Psichiatria, ASST Spedali Civili
Piazzale Spedali Civili, 1
25123 Brescia
antonio.vita@unibs.it

were entirely remodeled without ever being fully closed. In this scenario, mental health services should assume leadership positions, providing guidance to the legislator aimed at ensuring proper management of the psychosocial consequences of the pandemic. In order to face the psychological consequences of the epidemic in the different populations at risk, a real epidemic within the epidemic, and in accordance with the recent literature and the acquired experience, a community mental health team should also be activated, including psychiatrists, psychologists, nurses and other mental health workers. There will also be the necessity to identify new strategies to guarantee a proper help to those in need of a psychological treatment, for example by implementing the use of technology and digital instruments (telepsychiatry).

Key words: COVID-19, mental disorders, healthcare workers, pandemic, mental health services, telepsychiatry.

INTRODUZIONE

Negli ultimi mesi la sanità mondiale si è trovata ad affrontare la più grande sfida dell'ultimo secolo: la pandemia da COVID-19 (Corona Virus Disease 2019), la malattia associata al coronavirus (SARS-CoV-2) apparso per la prima volta in Cina alla fine del 2019, che provoca una sindrome respiratoria acuta grave.¹ Il nuovo coronavirus, diffusosi rapidamente in tutto il mondo, è stato definito pandemico l'11 marzo 2020 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Questo ha avuto un tale impatto sui sistemi sanitari, che i governi delle diverse nazioni colpite dalla pandemia hanno dovuto rapidamente riorganizzarli per poter far fronte ad un'emergenza di tale portata: ad oggi infatti, a livello mondiale, il virus ha infettato 17.512.049 persone ed ha causato 667.543 decessi (www.worldometers.info – Coronavirus update – accesso il 31/07/2020). La prima diagnosi di infezione da SARS-CoV-2 in Italia è stata formulata in data 21 febbraio 2020; nell'arco di un mese l'Italia è diventata il secondo Paese al mondo per prevalenza del virus, con un numero di morti superiore alla Cina. In Italia, al 31 luglio 2020, sono stati registrati 247.158 casi e 35.132 decessi (www.worldometers.info – Coronavirus update – accesso il 31/07/2020). Questo "nuovo" agente patogeno appartiene alla famiglia dei coronavirus (i.e. *Orthocoronavirinae*), una famiglia di virus a RNA, caratterizzati da un'alta frequenza di mutazioni nella sequenza genetica.² La principale via di trasmissione di SARS-CoV-2 è quella aerea, tramite *droplets*.³ I principali sintomi legati all'infezione da COVID-19 sono di tipo respiratorio: tosse con febbre, anosmia e ageusia, fino a causare, nei casi più gravi, una sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS). È stato però dimostrato che il virus non colpisce solamente il sistema respiratorio, ma anche altri organi, quali per esempio l'intestino,⁴ il cuore⁵ e il sistema nervoso centrale (SNC).⁶ Per quanto riguarda quest'ultimo, sembra che il SARS-CoV-2, come altri virus respiratori, possa avere accesso al SNC tramite diversi meccanismi: si è ipotizzato che possa migrare dalle cavità nasali tramite l'assone del nervo olfattivo, oppure tramite le fibre nocicettive del nervo trigemino o tramite le fibre sensitive del nervo vago che innervano parte del tratto respiratorio; sembrerebbe avere anche la capacità di infettare le cellule endoteliali che delimitano i vasi cerebrali e gli spazi perivascolari del sistema linfatico. Il virus innescerebbe la produzione di molti fattori pro-infiammatori che, danneggiando la barriera ematoencefalica, permetterebbero la propagazione dell'infiammazione al SNC con danno funzionale, incrementato peraltro dall'ipossia generale causata dalla malattia respiratoria.⁶ Tutti questi processi sembrano contribuire all'insorgenza e/o al peggioramento di disturbi neurologici e psichiatrici. Per quanto riguarda i sintomi psichiatrici (sia di nuova insorgenza, sia come esacerbazione di disturbi già presenti), è necessario tenere anche in considerazione aspetti ambientali, sociali ed economici causati dalla pandemia stessa e dai fattori ad essa associati. In particolare, sembra che vi sia un incremento di sintomi ansioso-depressivi e stress-correlati, associati ad un impatto negativo sulla salute mentale, in diverse categorie di individui, sia nella popolazione generale, che nei soggetti con precedenti patologie psichiatriche, oltre che nel personale sanitario.⁷⁻¹⁰ Per valutare le conseguenze della pandemia sulla salute mentale, è stato

Tra febbraio e marzo 2020, l'Italia è diventata il secondo Paese al mondo per prevalenze del virus.

fatto un raffronto con altre emergenze sanitarie: disastri naturali, come terremoti e maremoti, che sono però entità localizzate e riconoscibili dalle quali le persone possono fuggire; guerre e conflitti internazionali, che per quanto sanguinosi, consentono una chiara identificazione del “nemico”. La pandemia di SARS-CoV-2 rappresenta, invece, una condizione invisibile ed universalmente diffusa, che potrebbe colpire chiunque. Per queste ragioni la pandemia può essere considerata come un fattore stressante/traumatico, che potrebbe portare ad un notevole incremento del numero di persone colpite da sintomi e/o disturbi psichiatrici, a cui è e sarà necessario fornire una pronta risposta clinico-terapeutica-assistenziale specialistica.¹¹

L'IMPATTO DEL COVID-19 SULLA SALUTE MENTALE

Molti studi hanno evidenziato che disastri su larga scala, quali terremoti, maremoti, guerre, gravi crisi economiche, aumentano in tutta la popolazione la prevalenza di disturbi d'ansia, depressivi, dell'adattamento e post-traumatici da stress.¹² La pandemia di SARS-CoV-2 può a tutti gli effetti considerarsi un disastro sanitario ed economico su larga scala, che necessita di un intervento complesso ed integrato su più livelli operativi, che ne limiti le possibili conseguenze sanitarie, politiche e sociali, quali disoccupazione, riduzione della produttività, violenza domestica, abuso di alcol e sostanze stupefacenti.¹² Alcuni studi presenti in letteratura suggeriscono inoltre che la quarantena, l'isolamento ed il distanziamento sociale possono avere un impatto negativo sul benessere soggettivo, al pari delle emozioni negative indotte dalla pandemia stessa.^{13,14} Globalmente, i dati in letteratura sono concordi nell'affermare che la maggior parte degli individui abbia un rischio aumentato di sviluppare sintomi psicopatologici da lieve a moderato e che parte abbia invece un rischio di sviluppare sintomi più gravi ed invalidanti.¹³ Il presente lavoro si pone l'obiettivo di analizzare la letteratura scientifica esistente sull'impatto del COVID-19 sui pazienti con disturbi psichiatrici e sugli operatori sanitari, nonché le conseguenze sull'organizzazione dei servizi di salute mentale. La tabella I riassume l'impatto dell'emergenza COVID-19 sulla popolazione generale, sui pazienti con disturbi mentali e sugli operatori sanitari.

Tabella I. Impatto dell'emergenza COVID-19 sulla popolazione generale, sui pazienti con disturbi mentali e sugli operatori sanitari.

Popolazione generale	Aumento del rischio di sviluppare sintomi ansiosi, depressivi e stress-correlati.
	Incremento del rischio di dipendenze patologiche.
	Incremento del rischio suicidario.
Pazienti con disturbi mentali	Aumento del rischio di infezione da SARS-CoV-2 e di sviluppare quadri clinici più gravi.
	Peggioramento clinico della patologia psichiatrica di base, con ricadute e recidive.
	Riduzione dell'aderenza alle terapie farmacologiche.
	Incremento dell'utilizzo di alcol e sostanze stupefacenti.
Operatori sanitari	Incremento del rischio suicidario.
	Aumento del rischio di sviluppare sintomi ansiosi e depressivi, in particolare per chi lavora in prima linea (ad esempio, pronto soccorso, unità di terapia intensiva, MMG).
	Cospicuo aumento di sintomi PTSD-like e stress-correlati, inclusi pensieri intrusivi ricorrenti, difficoltà a dormire e iperarousal.
	Particolarmente a rischio sono le donne e lo staff medico più giovane.

MMG = medici di medicina generale; PTSD = disturbo post-traumatico da stress.

IMPATTO SUI PAZIENTI CON DISTURBI PSICHIATRICI

L'impatto del COVID-19 sulle persone con disagio psichico preesistente sembra essere maggiore rispetto alla popolazione generale.^{15,16} I pazienti con disturbi psichiatrici

Non va sottovalutato il rischio di interazioni tra farmaci psicotropi e farmaci per la cura del COVID-19.

presentano un elevato rischio di sviluppare patologie somatiche nel corso della vita.¹⁷ In particolare, alcuni sintomi come la disorganizzazione idetico-comportamentale o i deficit cognitivi possono ridurre la consapevolezza del rischio, nonché la capacità di proteggersi dal virus.¹⁵ Oltre a ciò, l'accesso alle cure e ai servizi per la popolazione con disturbi psichiatrici è generalmente ostacolato dallo stigma. Inoltre un elemento da non trascurare è la maggior difficoltà di trattamento che i pazienti psichiatrici possono incontrare a causa delle possibili interazioni tra farmaci psicotropi e farmaci utilizzati nella cura del COVID-19.^{11,18} In aggiunta, nei soggetti con disturbi psicotici o dell'umore, vanno considerati i possibili effetti collaterali di alcuni farmaci, quali ad esempio cloroquina/idrossicloroquina o cortisonici, utilizzati nel trattamento dell'infezione da SARS-CoV-2, che potrebbero determinare un peggioramento del quadro clinico della patologia psichiatrica di base.¹⁹ Inoltre i pazienti con disturbi psichiatrici presentano spesso numerose comorbilità somatiche (come ad es., ipertensione arteriosa, obesità, diabete mellito, patologie respiratorie e cardiovascolari) che, oltre a rendere più difficoltoso il trattamento medico, aumentano il rischio di complicanze conseguenti all'infezione da SARS-CoV-2.¹⁹ È noto anche un maggior consumo di tabacco nella popolazione con patologie psichiatriche: ciò determina una funzionalità polmonare basale peggiore rispetto ai non fumatori, che aumenta il rischio ospedalizzazione in unità di terapia intensiva, nonché il rischio di un decorso e di un esito peggiore in caso di insorgenza di polmonite.²⁰ Considerando, poi, la componente psicosociale, i pazienti con disturbi mentali gravi, quali ad esempio la schizofrenia, potrebbero soffrire più della popolazione generale del distanziamento sociale, poiché spesso usufruiscono di supporto domiciliare e di altri servizi per i loro bisogni primari.²¹ Inoltre, durante la quarantena sono a rischio la continuità, l'alleanza e l'aderenza terapeutica, aspetti particolarmente delicati e cruciali nella cura dei pazienti con disturbi psichiatrici.¹⁹ Da uno studio caso-controllo condotto in Cina durante la quarantena è emerso che i pazienti con patologia psichiatrica abbiano manifestato livelli elevati di sintomi ansiosi, depressivi, rabbia, impulsività, ideazione suicidaria, insonnia, e sintomi correlati allo stress; fino ad un terzo dei pazienti soddisfaceva i criteri diagnostici per un vero e proprio disturbo post-traumatico da stress (PTSD).²² Altri studi hanno sottolineato il rischio di insorgenza di ideazione suicidaria associata alla comparsa di sintomi psicotici acuti in risposta alla paura del contagio. Questo scenario potrebbe, quindi, provocare sintomi psicotici di nuova insorgenza, oltre che costituire un fattore di rischio per una riacutizzazione psicotica in pazienti con un'anamnesi positiva per tali disturbi.²³ Nelle persone con una patologia psichiatrica la combinazione dell'isolamento forzato e del rischio di una riduzione dei trattamenti psicofarmacologici e psicosociali potrebbe portare ad un peggioramento della patologia psichiatrica, con aumento delle ricadute.²⁴ Ogni ricaduta potrebbe, poi, costituire un fattore di rischio nel ridurre le capacità del paziente di rispettare l'isolamento e il distanziamento sociale, aumentando le probabilità di contagio e diffusione del virus.^{19,25-29} Da ultimo, è da sottolineare come la pandemia da SARS-CoV-2 abbia incrementato il rischio suicidario sia nella popolazione generale, sia nei soggetti con disturbi psichici.^{30,31} Le motivazioni dell'aumentato rischio autolesivo sembrano essere una conseguenza sia dell'insorgenza di nuovi disturbi psichiatrici e/o al peggioramento degli stessi, che degli eventi traumatici secondari alla perdita di familiari e amici, oltre che alle difficoltà lavorative ed economiche indotte dalla pandemia.^{30,31}

IMPATTO SUGLI OPERATORI SANITARI

Notevole è stato anche il tributo in vite umane da parte degli operatori sanitari, per oltre il 40% si è trattato di infermieri, ma per circa il 20% dei casi si è trattato di medici, per lo più ospedalieri, ma anche con un importante interessamento dei Medici di Medicina Generale (MMG). Oltre a questi numeri, già impressionanti, deve essere posta una particolare attenzione alle conseguenze psicologiche, e in alcuni casi psicopatologiche, dell'emergenza sanitaria sugli operatori, nonostante la grande capacità di fronteggiare situazioni estreme e di resilienza che caratterizzano gli operatori della salute. È

Da diverse ricerche viene confermato il maggior rischio per gli operatori sanitari di sviluppare il PTSD.

risaputo che gli operatori sanitari sono esposti a numerosi eventi stressanti ed avversi, tra cui il contatto quotidiano con morte e traumi.^{32,33} Tuttavia, con la presentazione della nuova pandemia COVID-19, che è caratterizzata da tassi più elevati di contagiosità e letalità rispetto alle epidemie passate, molti operatori sanitari hanno vissuto e stanno vivendo livelli di stress senza precedenti.³⁴⁻³⁶ La pandemia da COVID-19, di cui l'Italia è risultata il primo epicentro nell'ambito dei sistemi sanitari occidentali, ha infatti visto gli operatori sanitari, e tra questi i MMG, esposti ad uno stress correlato all'attività lavorativa estremo e prolungato, non solo per la gestione di casi clinici complessi, rapidamente ingravescenti e con aspetti sintomatologici completamente nuovi, ma anche per la contemporanea messa in opera di nuove strategie gestionali, il tutto nel costante rischio di contagio. Ricerche sull'esperienza degli operatori sanitari durante le epidemie hanno rivelato importanti fattori determinanti che possono avere un impatto sulla salute mentale, tra cui la disponibilità di risorse, di dispositivi di protezione e la preparazione organizzativa, la costante minaccia alla loro sicurezza personale e la testimonianza quotidiana di molteplici morti difficili o traumatiche.^{10,37} Questi sono fattori chiave che possono contribuire al rischio, per gli operatori sanitari, di sviluppare sintomi acuti di depressione, *burnout*, nonché il rischio a lungo termine di disturbi stress-correlati come il PTSD. Precedenti ricerche avevano già di fatto confermato che gli operatori in prima linea e i primi soccorritori fossero ad aumentato rischio per lo sviluppo di PTSD.³⁸ Tra questi vanno certamente annoverati i medici ospedalieri e i MMG. Durante l'epidemia di SARS nel 2002, gli operatori sanitari hanno mostrato un cospicuo aumento dei sintomi PTSD-like, inclusi pensieri intrusivi ricorrenti, difficoltà a dormire e *iperarousal*.^{39,40} Inoltre, gli operatori sanitari sono a rischio di perdere colleghi, amici o infettare persone care.^{41,42} Ciò può aumentare il rischio di sviluppare sequele croniche stress-correlate. L'analisi delle risposte psicologiche degli operatori sanitari a seguito di epidemie di SARS (2002) e HIV hanno evidenziato anche come il dolore morale sia un'esperienza significativa ed angosciante per gli operatori sanitari.^{37,43} Oggi non disponiamo ancora di dati consolidati relativamente alle conseguenze psicologiche del COVID-19 sugli operatori sanitari a medio e lungo termine, ma sono in corso numerose *survey* a livello nazionale ed internazionale e sono comunque già evidenti i notevoli livelli di ansia, depressione e disturbi stress-correlati negli operatori ascoltati dai servizi di psicologia e di salute mentale attivati nei diversi paesi coinvolti nella pandemia.⁴⁴ Alcuni lavori pubblicati riportano percentuali di prevalenza di ansia, depressione e stress tra gli operatori sanitari tra il 30 e il 70%, numeri superiori rispetto ai dati riportati in precedenti epidemie.⁴⁵ Sono risultati particolarmente a rischio le donne e lo staff medico più giovane.⁴⁶ Altri studi hanno evidenziato come la presenza di anamnesi positiva per disturbi mentali, nonché la positività o la sospetta positività al SARS-CoV2, costituiscono di per sé un fattore di rischio per l'insorgenza di sintomi correlati allo stress.⁴⁷ Per coloro che non lavorano in prima linea il rischio di essere soggetti allo sviluppo di sintomatologia ansiosa e depressiva è minore rispetto ai lavoratori direttamente coinvolti nella gestione dei pazienti affetti da COVID-19, ma è comunque maggiore rispetto alla popolazione generale.^{8,48} Nel mese di marzo è stato condotto uno dei primi studi finalizzato ad indagare l'impatto psicologico del COVID-19 sul personale sanitario in Italia, riportando risultati simili a quelli ottenuti dai primi lavori condotti in Cina.⁵⁰ Più nello specifico è emerso che il personale sanitario italiano presentava livelli elevati di sintomi ansiosi, depressivi e stress-correlati.⁴⁹ Altri lavori hanno confermato come tra i fattori di rischio che possono contribuire allo sviluppo di sintomi ansioso-depressivi e stress-correlati nel personale sanitario, vi fossero: il genere femminile, la quarantena, la carenza di dispositivi di protezione individuale (DPI), il rischio di infezione, il carico di lavoro, l'isolamento dalla famiglia.^{50,51} Infine, alcuni studi hanno sottolineato come durante le fasi acute dell'epidemia le maggiori preoccupazioni del personale sanitario fossero relative al rischio di infezione di colleghi e familiari, alla presenza di efficaci misure protettive e al rischio di aggressione. Solo una minoranza (37,4%) del personale sanitario intervistato ha espresso un'elevata preoccupazione di infettarsi, percentuale maggiore tra il personale coinvolto in prima linea.⁹ Gli studi su questa popolazione a rischio

hanno evidenziato come un maggior supporto sociale possa contribuire a ridurre lo stress, l'ansia, le emozioni negative e i sintomi depressivi, oltre a migliorare la produttività lavorativa e la fiducia in se stessi.¹⁴ Alla luce di queste prime evidenze risulta quindi fondamentale garantire il miglior supporto possibile, in modo che il personale sanitario si senta sostenuto, rispettato e compreso non solo da familiari e amici, ma anche dal proprio gruppo di lavoro, dagli organi di governo e dalla società in genere.⁸ In particolare, le azioni necessarie per ridurre questo stato di incertezza, generatore di ansia e sofferenza, sono ben descritte in questi "imperativi", che esprimono chiaramente il punto di vista dell'operatore, oltre alle sue implicite o esplicite richieste al contesto lavorativo: – ascoltami – proteggimi – preparami – supportami – prenditi cura di me.⁵² Importante è dunque il ruolo dell'organizzazione e della leadership, che deve dimostrarsi in grado di comprendere le ragioni delle preoccupazioni dell'operatore, assicurare che esse siano prese seriamente in considerazione, ascoltare le richieste di ciascuno, tener conto dell'esperienza e del vissuto dell'operatore, esprimere gratitudine. Gratitudine non deve essere solo una parola, pomposa e vuota al tempo stesso, reiteratamente pronunciata dai media in questo periodo, ma una sincera testimonianza di interesse, attenzione, stima e fiducia che le organizzazioni sanitarie, e le istituzioni cittadine devono far sentire al singolo operatore, al medico, all'infermiere, all'operatore impegnato nell'emergenza sanitaria. È necessario tentare di far percepire a ciascuna di queste figure sanitarie – al di là della propria autodeterminazione derivante dalla scelta professionale e deontologica – il valore sociale della loro azione che, attraverso la cura tenace del singolo paziente e della singola malattia, diviene cura dell'intera comunità e, in tal modo, un bene e un valore pubblico.^{8,47,48,53,54}

LA SITUAZIONE ORGANIZZATIVA IN ITALIA E L'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI DI SALUTE MENTALE

La velocità di insorgenza e di diffusione del COVID ha colto impreparati i servizi di salute mentale.

La rapida insorgenza e la velocità di diffusione del COVID-19 hanno colto impreparati i servizi di salute mentale, che non erano pronti ad affrontare un evento di tale portata. Vista la repentina necessità di apportare dei cambiamenti gestionali delle attività, al fine di garantire la massima sicurezza per i pazienti e per gli operatori sanitari, sono state emanate diverse direttive nazionali e regionali per i servizi di salute mentale. Queste sono state poi costantemente aggiornate in considerazione dei cambiamenti nelle caratteristiche della pandemia, e in accordo con le cosiddette "fasi" definite dal governo.⁵⁵⁻⁵⁷ L'obiettivo principale è stato garantire una continuità assistenziale agli utenti, nel rispetto delle misure precauzionali necessarie al contenimento del contagio. I documenti emanati dalle regioni e dalle società scientifiche indicano alcune linee guida comuni:

- i) ridurre al minimo necessario la circolazione degli utenti e degli operatori sanitari;
- ii) ridurre al minimo necessario le prestazioni in presenza, favorendo ove possibile quelle erogabili per via telematica;
- iii) ampliare gli orari di apertura dei servizi, con l'obiettivo di dilazionare gli appuntamenti ed evitare affollamenti nelle sale d'attesa e nelle strutture;
- iv) garantire la disponibilità e l'uso corretto dei DPI;
- v) sfruttare il momento del colloquio medico-paziente come momento atto alla sensibilizzazione dei pazienti circa il rispetto delle misure precauzionali contro la diffusione del virus.⁵⁵⁻⁶¹

La riduzione al minimo della circolazione degli utenti e, l'erogazione delle sole prestazioni necessarie ed improcrastinabili, il rispetto le direttive circa l'utilizzo dei DPI e delle norme d'igiene, la promozione dello smart-working, laddove possibile, sono state le principali misure adottate durante il periodo della Fase 1. Nei servizi di salute mentale, nello specifico nei SPDC e nelle strutture residenziali, è stata posta una particolare attenzione ai seguenti aspetti: l'ingresso di nuovi utenti, le norme di isolamento, la gestione degli spazi comuni (stanze di degenza, bagni, sala da pranzo), il monitoraggio clinico, le modalità di svolgimento delle attività riabilitative, le uscite e i permessi, le vi-

site di parenti e amici, oltre all'informazione e formazione di operatori e pazienti al rispetto delle norme igieniche e al costante aggiornamento in merito alle procedure aziendali e ai decreti regionali e nazionali.^{47,59-63}

IL CASO DELLA REGIONE LOMBARDIA

La Lombardia è stata la regione italiana con il maggior numero di casi di COVID-19 con un totale di 96.054 casi, di cui 16.802 decessi (salute.gov.it, dati del 29/07/2020). Il servizio pubblico di salute mentale in Lombardia include 27 Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), in aggiunta ad una serie di strutture residenziali private. L'8 marzo 2020 le autorità regionali italiane, durante la riorganizzazione del sistema sanitario, volta ad affrontare la diffusione del virus, hanno riconosciuto la salute mentale come una priorità, autorizzando il mantenimento dell'apertura dei servizi.⁶⁴ Per quanto riguarda la ripresa delle attività sanitarie da un punto di vista legislativo in data 07/05/2020 Regione Lombardia ha emanato la deliberazione n° XI / 3115, fornendo uno strumento per aiutare le strutture ospedaliere ad attuare modifiche strutturali, organizzative e procedurali finalizzate ad assicurare l'attività assistenziale nelle massime condizioni di sicurezza possibile per gli utenti ed il personale.⁵⁵ Nello specifico, nel documento sono state definite le norme di accesso alle diverse strutture a carattere sanitario, sia ambulatoriale, che di degenza. Sono stati stabiliti due principi cardine, validi per ogni tipo di struttura: il primo inerente alla limitazione degli accessi ed il secondo relativo al distanziamento interpersonale, privilegiando l'utilizzo di ampi spazi, favorendo l'accesso tramite prenotazione ed apponendo apposita segnaletica per il mantenimento di almeno 1 metro di distanza interpersonale. Per quanto riguarda il primo punto ogni struttura avrebbe dovuto identificare le categorie di utenti autorizzate a circolare all'interno della struttura, previa valutazione della temperatura corporea (sospetta se $TC \geq 37,5$ °C) e/o la presenza di sintomi indicativi di COVID-19 in atto. Sono state rese obbligatorie tramite la deliberazione citata, la presenza di soluzione idroalcolica per la disinfezione delle mani e la fornitura di mascherine chirurgiche per gli utenti che ne fossero sprovvisti, oltre al controllo del loro corretto utilizzo. Sono state vietate le visite di visitatori e accompagnatori presso i SPDC e le strutture residenziali, eccetto particolari situazioni, che necessitavano comunque di un'approvazione specifica da parte della struttura. L'ingresso del personale sanitario è stato vincolato al controllo della temperatura corporea e alla presenza/assenza di sintomi COVID-19 correlati: coloro i quali presentavano una sintomatologia sospetta e/o febbre, dovevano rimanere presso il proprio domicilio, fino all'esecuzione del tampone nasofaringeo, potendo rientrare solo dopo una negatività allo stesso.

In seguito, in data 9 giugno 2020, è stata emanata da Regione Lombardia la Deliberazione n° XI / 3226 con la quale sono stati approvati i seguenti allegati:⁵⁶

- Allegato A - Atto di indirizzo in ambiente sociosanitario successivo alla "Fase 1" dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. In questo documento sono state riportate le seguenti priorità e necessità:
 - i) implementare programmi d'informazione-formazione (promossi anche dalla Regione, tramite le Agenzie di Tutela della Salute);
 - ii) individuare un referente sanitario per il coordinamento ed il monitoraggio delle soluzioni organizzative per la prevenzione ed il controllo del virus;
 - iii) regolamentare gli accessi;
 - iv) implementare i sistemi di comunicazione alternativi che potessero garantire il coinvolgimento attivo di familiari e caregiver nel piano assistenziale; e
 - v) regolamentare le modalità di rendicontazione delle prestazioni.
- Allegato B - Fase 2 - Servizi dell'area della salute mentale (neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, sperimentazione riabilitazione minori e *case management*, della psichiatria, delle dipendenze) e della sanità penitenziaria.

In data 07/05/2020 Regione Lombardia ha emanato la deliberazione n° XI / 3115, nella quale sono state definite le nuove indicazioni per il ricovero ospedaliero nella Fase

Nei SPDC lombardi, vietate le visite di accompagnatori e visitatori eccetto situazioni particolari.

2 e dove sono stati definiti specifici percorsi di accesso e di ricovero per le diverse tipologie di pazienti COVID-19: positivi, sospetti o negativi.

In data 5 agosto 2020, infine, Regione Lombardia ha emanato una nuova delibera concernente i Servizi di Salute Mentale (Deliberazione N° XI / 3524), che ribadisce e conferma le misure già fornite dalla delibera precedente (Deliberazione n° XI / 3226 del 09/06/2020), sottolineando l'importanza di continuare a mantenere il rispetto delle misure di protezione individuale.⁵⁷

Di seguito verranno indicati i cambiamenti organizzativi attuati nelle diverse strutture afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD).

– *Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)*

I SPDC sono rimasti pienamente operativi durante tutto il periodo dell'emergenza, garantendo però la realizzazione di aree dedicate all'isolamento per quei pazienti positivi (o sospetti) al SARS-CoV-2. Nel sub-allegato B3 della Deliberazione n° XI / 3226 del 09/06/2020 viene specificato che i pazienti prima dell'ingresso nel SPDC dovranno eseguire un tampone nasofaringeo per la ricerca di SARS-CoV-2: nel caso di positività, qualora i sintomi somatici fossero lievi o assenti, i pazienti potranno essere ricoverati in apposite aree del SPDC, mentre, qualora i sintomi somatici COVID-19 correlati fossero prevalenti e rilevanti, il paziente dovrà essere trasferito in un reparto dedicato per il trattamento di pazienti COVID-19 positivi. In alcune aree lombarde è stato deciso di dedicare interi SPDC al ricovero di pazienti psichiatrici positivi al COVID-19: ad esempio, presso l'ospedale Niguarda di Milano, dal 9 al 28 marzo 2020, un reparto di psichiatria è stato interamente dedicato a questa tipologia di pazienti, creando un protocollo di collegamento e di collaborazione tra i servizi di malattie infettive, anestesia e rianimazione e psichiatria.⁶⁴ In uno studio di Clerici et al., è stato comparato il tasso di ospedalizzazione in 7 centri italiani nel periodo tra il 21 febbraio e il 31 marzo 2020, con quello dello stesso periodo nell'anno precedente: i risultati mostrano come nei primi 40 giorni dopo l'inizio della pandemia in Italia ci sia stata una significativa riduzione dei ricoveri ospedalieri volontari rispetto allo stesso periodo nel 2019. Possibili spiegazioni proposte per questo fenomeno potrebbero essere: la paura dei pazienti rispetto al Pronto Soccorso e agli ospedali in genere, percepiti come luoghi ad alto rischio di contagio; un aumento dell'attività di cura sul territorio; oltre ad una possibile riduzione degli eventi stressanti psicosociali durante il periodo di *lockdown*.⁶⁵

– *Centro Psicosociale (CPS)*

Nell'Allegato A della Deliberazione n° XI / 3226 del 09/06/2020 è specificato che le visite ambulatoriali presso il CPS dovevano svolgersi esclusivamente su appuntamento, previa misurazione della temperatura corporea ed indagine finalizzata alla valutazione della presenza di possibili sintomi suggestivi di COVID-19. Nel sub-allegato B3 dello stesso documento è specificato che nella Fase 2 le attività ambulatoriali si sarebbero dovute gradualmente riattivare, non solo attraverso contatti diretti, ma anche attraverso interventi domiciliari e contatti in remoto. A tal proposito, le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) dovranno garantire la fornitura di dispositivi e sistemi di videochiamata e videoconferenza, nel rispetto delle norme di distanziamento e di prevenzione. Dal momento, poi, che è stato previsto un incremento significativo dei pazienti in carico ai servizi, in particolare per PTSD, disturbo dell'adattamento e disturbi ansioso-depressivi, è stata sottolineata l'importanza di implementare l'interazione con i MMG, tramite un sistema strutturato di *referral* e *back-referral*.⁶⁶

– *Centro diurno (CD)*

Nell'Allegato A della Deliberazione n° XI / 3226 del 09/06/2020 sono state fornite indicazioni relative alla sanificazione degli ambienti e alla gestione dei gruppi di pazienti per le diverse attività risocializzanti e riabilitative. I gruppi dovrebbero essere il più possibile stabili, cercando di variare il meno possibile la composi-

In alcune aree lombarde interi SPDC sono stati dedicati al ricovero di pazienti psichiatrici COVID.

zione degli utenti afferenti a quella specifica attività gruppale, garantendo sempre un distanziamento sociale di almeno 2 metri. Nel sub-allegato B4 vengono ribadite le indicazioni circa il mantenimento del distanziamento sociale, la prevenzione del contagio e l'accesso alla semi-residenzialità.

– *Residenzialità*

Per quanto riguarda le strutture residenziali, le raccomandazioni delle società scientifiche e i decreti regionali ricalcano i provvedimenti già descritti per le altre strutture del DSM-D, definendo l'utilizzo dei DPI, le norme igieniche e di distanziamento, la procedura per i nuovi ingressi, per permessi e/o uscite, le modalità organizzative di svolgimento dei gruppi risocializzanti e riabilitativi, oltre che la gestione / isolamento dei pazienti sospetti e/o positivi al COVID-19.⁶⁶ Per quanto riguarda i nuovi ingressi nelle strutture residenziali, nell'Allegato A della Deliberazione n° XI / 3226 del 09/06/2020 è sottolineata l'importanza di eseguire un accurato triage, volto ad escludere la presenza di sintomi sospetti per COVID-19, oltre al rischio di esposizione al virus. Nel sub-allegato B4 della stessa delibera sono specificamente ribadite le indicazioni in merito al distanziamento sociale, alla prevenzione del contagio e all'accesso in struttura. Nella Deliberazione n° XI / 3524 viene indicata la necessità di eseguire almeno 1 tampone nasofaringeo ed un test sierologico che escludano la presenza di COVID-19 eseguito nelle prime 72 ore dalla presa in carico del paziente, il quale dev'essere posto in isolamento in attesa del referto. È riportato inoltre che *“l'eventuale negatività del tampone naso-faringeo di cui sopra non implica la sicurezza che l'ospite/paziente non possa sviluppare una malattia nei giorni successivi”*: per questa ragione i nuovi ospiti inseriti nelle strutture residenziali dovranno essere posti in isolamento a prescindere dall'esito del tampone, provvedendo ad una attenta vigilanza clinica della durata di 14 giorni, dopo i quali dovrà essere eseguito un nuovo tampone.

– *Servizi per le dipendenze*

Nel sub-allegato B4 della Deliberazione n° XI / 3226 del 09/06/2020 sono fornite indicazioni operative generali che regolamentano l'accesso alle strutture, tra cui quelle afferenti alle dipendenze. Per ogni struttura e servizio (Servizi per le Dipendenze - SerD, Servizi Multidisciplinari Integrati -SMI, centri diurni e semi-residenziali, strutture residenziali, *drop-in* ed unità mobili) vengono fornite specifiche raccomandazioni per la prevenzione della diffusione del virus, in vista della progressiva riapertura delle attività. La maggior parte di queste indicazioni riguarda il distanziamento sociale ed il corretto utilizzo dei DPI, oltre alle norme relative alla sanificazione degli ambienti.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE E ORIENTAMENTI FUTURI

La pandemia COVID-19, oltre alle vittime direttamente causate dal virus e dalle sue sequele patologiche e alla disabilità residua da molte condizioni “guarite”, ha avuto e avrà un impatto straordinario sulla salute mentale dell'intera popolazione. Diversi sono i gruppi potenzialmente suscettibili all'impatto psicosociale della pandemia: la popolazione generale, afflitta dalla paura del contagio e dagli effetti delle misure restrittive e di distanziamento sociale; le persone “in quarantena” perché venute in contatto con casi positivi; i soggetti clinicamente guariti, ma ancora positivi al virus e perciò isolati; i parenti delle molte vittime della malattia; i soggetti fragili, come ad esempio gli anziani, ma anche soggetti in condizioni di grave povertà o marginalità; i pazienti affetti da disturbi mentali di varia gravità; e, infine, gli operatori sanitari coinvolti in varia misura nella cura delle persone affette da COVID-19.^{44,67} Pur nell'ambito della pandemia, la riorganizzazione dei sistemi sanitari non ha intaccato l'attività dei servizi di salute mentale, che è stata in parte ridimensionata e ricalibrata senza però essere mai sospesa. Gli specialisti della salute mentale possono e devono interpretare un ruolo particolare nel contesto così straordinario di un disastro su scala mondiale, ruolo

Per i nuovi ingressi nelle strutture residenziali, triage molto accurato volto ad escludere la presenza di sintomi sospetti.

Importanza della corretta e chiara informazione: errori di una sbagliata gestione impattano negativamente sulla salute mentale.

Utilizzo della telepsichiatria che potrebbe addirittura migliorare l'esito del disturbo.

che trascende il campo meramente psichiatrico. Proprio per questo motivo, i DSM dovrebbero assumere posizioni di leadership nella gestione delle problematiche psicosociali dovute alla pandemia affrontate dalla popolazione.⁶⁷ Per fronteggiare le conseguenze psicologiche dell'epidemia nelle diverse popolazioni a rischio, una vera epidemia nell'epidemia, ed in conformità alla recente letteratura scientifica⁶⁸ e all'esperienza acquisita, dovrebbe inoltre essere attivato un team di salute mentale di comunità,⁶⁴ comprendente psichiatri, psicologi, infermieri e altri operatori della salute mentale, in ogni bacino di utenza.⁵³ Chi ha competenze nell'ambito della salute mentale dovrebbe gestire la corretta veicolazione delle informazioni alla popolazione: la carenza di informazioni è dannosa, ma anche un eccesso di informazioni, spesso imprecise e discordanti, può avere effetti secondari con aumento di ansia e/o altri sintomi che possono innescare ulteriori traumatizzazioni, con possibili conseguenti sintomi e/o disturbi stress-correlati.⁶⁷ Alcune ricerche hanno dimostrato come un'eccessiva quantità di informazioni riguardo alla pandemia e alle sue conseguenze sanitarie e socio-economiche abbia un impatto negativo sulla salute mentale della popolazione generale.⁶⁹ Errori nella gestione dell'informazione possono derivare non solo dai mezzi di informazione e dai *social network*, ma anche da fonti istituzionali e scientifiche accreditate, che spesso hanno fornito informazioni non chiare, se non addirittura contrastanti tra loro. È quindi necessario che i mezzi d'informazione, inclusi i *social network*, forniscano le notizie riguardanti la pandemia in maniera responsabile, precisa e veritiera, evitando di dar adito a *fake news* e teorie del complotto, che potrebbero determinare ansia e confusione, se non addirittura l'insorgenza e/o l'aggravamento di sintomi della sfera psicotica.^{23,30} Inoltre, gli specialisti della salute mentale dovrebbero acquisire rapidamente le capacità di fornire risposte chiare ed efficienti alla "nuova" acuzie psichiatrica, supporto ai pazienti ricoverati in strutture residenziali e semi-residenziali, ai pazienti che vivono da soli, ai loro famigliari, agli operatori sanitari, oltre che alla popolazione generale, tramite una rapida ed efficace riorganizzazione dei servizi, l'utilizzo di adeguate strumentazioni informatiche e l'applicazione di screening per i sintomi ansiosi, depressivi e stress-correlati.¹² Importante a tal proposito potrebbe essere una piena comprensione dei reali bisogni di questa "nuova" popolazione a rischio, fornendo, poi, in un secondo momento chiare e puntuali indicazioni e raccomandazioni su come intervenire nelle diverse situazioni con cui ci si dovrà confrontare nella pratica clinica quotidiana dei servizi di salute mentale. In quest'ottica potrebbe essere anche utile realizzare percorsi di informazione, formazione e psicoeducazione rivolti sia agli operatori della salute mentale, sia ai famigliari dei soggetti con disturbi mentali, oltre che alla popolazione generale.^{69,70} Per quanto riguarda gli interventi dei servizi di salute mentale in periodo di quarantena e limitazione del contagio, è importante sapere che le evidenze scientifiche suggeriscono come l'utilizzo di chiamate e videochiamate per le visite psichiatriche è risultato sia fattibile che efficace per il trattamento dei pazienti con disturbi psichiatrici.²⁴ La telepsichiatria potrebbe addirittura migliorare l'esito del disturbo di cui soffre il paziente, soprattutto considerato che i contatti potrebbero anche essere più frequenti e più mirati, riducendo i tempi di attesa, evitando la cancellazione di appuntamenti, e migliorando il monitoraggio clinico e la continuità terapeutica.²⁴ Questo suggerisce che, anche al termine della pandemia, gli interventi di telepsichiatria attuati in questo periodo potrebbero e dovrebbero essere mantenuti, se non addirittura implementati, integrandoli con le pratiche operative più classiche e consolidate.⁷¹ Relativamente all'organizzazione della telepsichiatria, diversi tentativi d'interventi a distanza su pazienti psichiatrici e sulla popolazione generale sono stati effettuati nel periodo della pandemia. Per esempio, al Tongji Hospital, nella provincia cinese di Hubei, sono stati messi in atto tentativi di supporto allo *staff* sanitario tramite gruppi Balint condotti *online* con il programma WeChat.⁴⁷ Inoltre, durante le fasi più acute dell'epidemia, in Cina sono stati largamente implementati alcuni strumenti informatici come mezzo per fornire supporto psicologico a chiunque ne necessitasse, utilizzando programmi per l'educazione e la prevenzione alla salute mentale distribuiti attraverso *social network* e/o la pubblicazione *online* di *e-book*, for-

Per gli operatori sanitari: DPI, frequenti turnazioni di lavoro, disponibilità di residenze temporanee vicino al luogo di lavoro, counselling psicologico, contatto da remoto con i famigliari.

nendo un *counselling* psicologico *online*, oltre che sviluppando dispositivi e applicazioni di supporto alla pratica clinica, mirati al monitoraggio e alla valutazione clinica a distanza.⁷⁰ Uno stesso scenario sta realizzandosi negli Stati Uniti, dove sono stati attivati servizi di telemedicina attraverso alcuni dei fondi straordinari resi disponibili in seguito all'approvazione del CARES (Coronavirus Aid, Relief and Economic Security) Act.⁷² In particolare sono state implementate o create nuove *hotline* (per casi di emergenza) e *warmline* (per persone in difficoltà che hanno bisogno di supporto emotivo), come la *Crisis Text Line* ovvero una linea nazionale di messaggistica confidenziale e gratuita che fornisce supporto a persone in crisi, o la *Call4Calm* che fornisce lo stesso servizio in 2 lingue, ovvero inglese e spagnolo (disponibile solo nello stato dell'Illinois).⁷¹ Per quanto riguarda le prospettive future, nell'ottica di dover fronteggiare nuovi picchi di diffusione del virus e nell'ottica di una convivenza prolungata con lo stesso, sarà necessario non farsi trovare impreparati e pensare ad interventi preventivi mirati non soltanto a quelle persone con una diagnosi psichiatrica già nota o agli operatori sanitari, ma a tutta la popolazione generale. Sarà inoltre necessario monitorare il consumo di alcol, che sembra tendere ad aumentare non soltanto in quelle persone con una diagnosi di disturbo da uso nota, ma anche nella popolazione generale come conseguenza dell'isolamento e delle problematiche socio-economiche secondarie alla pandemia.⁷³ Per quanto riguarda la dipendenza da sostanze stupefacenti, la Drug Enforcement Agency (DEA) negli USA, già nei mesi precedenti ha permesso alle cliniche di prescrivere telefonicamente metadone, in dosi più elevate rispetto a quanto concesso prima della quarantena,⁷⁴ al fine ridurre il rischio di overdose; in Italia ai SerD è stato concesso di prescrivere più dosi di metadone nella stessa visita al fine di ridurre il numero degli accessi. Provvedimenti simili, insieme ad altre modalità di intervento, dovranno essere presi in considerazione e attentamente valutati al fine di una loro eventuale applicazione, sempre nell'ottica di possibili nuovi picchi di diffusione del virus e di una convivenza forzata e prolungata nel tempo con lo stesso.⁷³ Inoltre, i governi dovrebbero prendere in seria considerazione l'implementazione di politiche atte a ridurre il gioco d'azzardo online, ad esempio attraverso il divieto dello stesso durante i periodi di quarantena, oppure stabilendo un limite economico massimo alle scommesse giornaliere.²⁶ In considerazione dell'alto livello di stress psicofisico a cui sono sottoposti gli operatori sanitari sarà fondamentale garantire loro il miglior supporto possibile, fornendo ad esempio i DPI, consentendo frequenti turnazioni di lavoro, garantendo la disponibilità di residenze temporanee vicino al posto di lavoro per evitare il rischio di diffusione del virus tra i famigliari degli operatori stessi, oltre che permettendo l'accesso al counselling psicologico virtuale ed il contatto con familiari e amici tramite *video chat*.²⁴ Tutto ciò potrà consentire di ridurre il rischio di *burnout*, oltre che l'insorgenza di nuovi disturbi psicopatologici e/o il peggioramento di quelli preesistenti.²⁴ Per ridurre l'ansia il disagio psichico degli operatori sanitari e permettere loro di lavorare con maggiore serenità sarà quindi necessario tenere attentamente in considerazione i bisogni di questa popolazione a rischio: essere ascoltati, preparati alla gestione clinica dei pazienti, protetti quanto più possibile dall'infezione, nonché avere garantito il supporto sia medico che sociale per loro stessi e per le loro famiglie, qualora si infettassero.⁵² È fondamentale, insomma, che gli operatori sanitari percepiscano sincere testimonianze di interesse, attenzione, stima e fiducia da parte delle istituzioni sanitarie e cittadine.⁵³ In considerazione di tutti questi aspetti, ed in vista del rischio di un possibile futuro incremento dei contagi, il legislatore dovrebbe essere pronto ad apportare le opportune modifiche alle attuali delibere governative nazionali e regionali, al fine di garantire la salute mentale dell'intera popolazione generale, dei pazienti con patologie psichiatriche note e degli operatori sanitari. Senza la dovuta attenzione alle possibili conseguenze sanitarie e socio-economiche a breve, medio e a lungo termine e a cui la pandemia potrebbe condurre, sarebbe impossibile evitare il dilagare ed il rapido diffondersi della "pandemia di disturbi mentali", che potrebbe mostrare i suoi effetti nel tempo, anche indipendentemente dall'andamento dei contagi SARS-CoV-2.

BIBLIOGRAFIA

1. Pascarella G, Strumia A, Piliago C, et al. COVID-19 diagnosis and management: a comprehensive review. *J Intern Med* 2020; 288: 192-206.
2. Liu P, Shi L, Zhang W, et al. Prevalence and genetic diversity analysis of human coronaviruses among cross-border children. *Virology* 2017; 14: 230.
3. Tay MZ, Poh CM, Rénia L, et al. The trinity of COVID-19: immunity, inflammation and intervention. *Nat Rev Immunol* 2020; 20: 363-74.
4. Mandal A, Konala V, Adapa S, et al. Gastrointestinal manifestations in COVID-19 infection and its practical applications. *Cureus* 2020; 12: e8750.
5. Mai F, Del Pinto R, Ferri C. COVID-19 and cardiovascular diseases. *J Cardiol* 2020; S0914-5087 (20); 30254-9.
6. Steardo L Jr, Steardo L, Verkhatsky A. Psychiatric face of COVID-19. *Transl Psychiatry* 2020; 10: 261.
7. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun* 2020; 30954-5.
8. Siyu C, Xia M, Wen W, et al. Mental health status and coping strategy of medical workers in China during the COVID-19 outbreak. *MedRxiv* 2020.02.23.
9. Yuhong D, Guangyuan H, Huihua X, Hong Q, Xianglin Y. Psychological impact of the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthworkers in China. *MedRxiv* 2020.
10. Styra R, Hawryluck L, Robinson S, Kasapinovic S, Fones C, Gold WL. Impact on health care workers employed in high-risk areas during the Toronto SARS outbreak. *J Psychosom Res* 2008; 64: 177-83.
11. Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *Eur Psychiatry* 2020; 63: e32.
12. North CS, Pfefferbaum B. Mental health response to community disasters: a systematic review. *JAMA* 2013; 310: 507-18.
13. Talevi D, Socci V, Carai M, et al. Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Riv Psichiatr* 2020; 55: 137-44.
14. Zhu Y, Chen L, Ji H, Xi M, Fang Y, Li Y. The risk and prevention of novel coronavirus pneumonia infections among inpatients in psychiatric hospitals. *Neurosci Bull* 2020; 36: 299-302.
15. Yao H, Chen JH, Xu YF. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatr* 2020; 7: e21.
16. Maina G, Rosso G, Teobaldi E. Did COVID-19 early lockdown actually lead to a higher rate of relapses in psychiatric patients?" *Psychiatry Res* 2020; 231: 1-2.
17. Momen NC, Plana-Ripoll O, Agerbo E, et al. Association between Mental Disorders and Subsequent Medical Conditions. *N Engl J Med* 2020; 382: 1721-31.
18. Martinotti G, Barlati S, Prestia D, et al. Psychomotor agitation and hyperactive delirium in COVID-19 patients treated with aripiprazole 9.75 mg/1.3 ml immediate release. *Psychopharmacology (Berl)* 2020: 1-5.
19. Stefana A, Youngstrom EA, Chen J, et al. The COVID-19 pandemic is a crisis and opportunity for bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2020; 10.1111/bdi.12949. doi:10.1111/bdi.12949.
20. Fonseca L, Diniz E, Mendonça G, et al. Schizophrenia and COVID-19: risks and recommendations. *Braz J Psychiatry* 2020; 42: 236-38.
21. Kozloff N, Mulsant BH, Stergiopoulos V, Voineskos AN. The COVID-19 global pandemic: implications for people with schizophrenia and related disorders. *Schizophr Bull* 2020; 46: 752-7.
22. Hao F, Tan W, Jiang L, et al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain Behav Immun* 2020; 87: 100-6.
23. Valdés-Flórida MJ, López-Díaz Á, Palermo-Zeballos FJ, et al. Reactive psychoses in the context of the COVID-19 pandemic: clinical perspectives from a case series. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2020;13: 90-4.
24. Thomas RK, Suleman R, Mackay M, et al. Adapting to the impact of COVID-19 on mental health: an international perspective. *J Psychiatry Neurosci* 2020; 45: 229-33.
25. Álvaro F, Navarro S, Palma C, et al. Clinical course and predictors in patients with borderline personality disorder during the COVID-19 outbreak: a 2.5-month naturalistic exploratory study in Spain. *Psychiatry Res* 2020; 292: 113306.
26. Columb D, Hussain R, O'Gara C. Addiction psychiatry and COVID-19: impact on patients and service provision. *Ir J Psychol Med* 2020; 1-5.
27. Fernández-Aranda F, Casas M, Claes L, et al. COVID-19 and implications for eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2020; 28: 239-45.
28. Shafraan R, Coughtrey A, Whittal M. Recognising and addressing the impact of COVID-19 on obsessive-compulsive disorder. *Lancet Psychiatry* 2020; 7: 570-2.
29. Coleman SRM. A commentary on potential associations between narcissism and trauma-related outcomes during the coronavirus pandemic. *Psychol Trauma* 2020; 12: S41-2.

30. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* 2020; 7: 468-71.
31. Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM* 2020; hcaa202. doi:10.1093/qjmed/hcaa202
32. Chong MY, Wang W, Hsieh WC, et al. Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 127-33.
33. Goulia P, Mantas C, Dimitroula D, et al. General hospital staff worries, perceived sufficiency of information and associated psychological distress during the A/H1N1 influenza pandemic. *BMC Infect Dis* 2010; 10: 322.
34. Chen Q, Liang M, Li Y, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry* 2020; 7: e15 e16.
35. Kang L, Li Y, Hu S, et al. The Mental Health of Medical Workers in Wuhan, China Dealing With the 2019 Novel Coronavirus. *Lancet Psychiatry* 2020; 7: e14.
36. Mahase E. Coronavirus: UK screens direct flights from Wuhan after US case. *BMJ* 2020; 368: m265.
37. Shimma E, Nogueira-Martins M, Nogueira-Martins LA. The experience of infectologists faced with death and dying among their patients over the course of the AIDS epidemic in the city of São Paulo: qualitative study. *Sao Paulo Med J* 2010; 128: 74-80.
38. Carmassi C, Gesi C, Corsi M, et al. Exploring PTSD in emergency operators of a major University Hospital in Italy: a preliminary report on the role of gender, age, and education. *Ann Gen Psychiatry* 2018; 17: 17.
39. Conversano C, Marchi L, Miniati M. Psychological distress among healthcare Professionals involved in the covid-19 emergency: vulnerability and resilience factors. *Clinical Neuropsychiatry* 2020; 17: 94-6.
40. Wu P, Fang Y, Guan Z, et al. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatry* 2009; 54: 302-11.
41. Selman LE, Chao D, Sowden R, et al. Bereavement Support on the Frontline of COVID-19: Recommendations for Hospital Clinicians. *J Pain Symptom Manage* 2020; 60:e81-e86.
42. Wallace CL, Wladkowski S, Gibson A, White P. Grief during the COVID-19 Pandemic: considerations for palliative care providers. *J Pain Symptom Manage* 2020; 60: e70-e76.
43. Robertson E, Hershenfield K, Grace SL, Stewart DE. The psychosocial effects of being quarantined following exposure to SARS: a qualitative study of Toronto health care workers. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 403-7.
44. Moreno C, Wykes T, Arango C, Vita A et al. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* 2020; 7: 813-24.
45. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open* 2020; 3: e203976.
46. Guo J, Liao L, Wang B, et al. Psychological Effects of COVID-19 on Hospital Staff: A National Cross-Sectional Survey of China Mainland. *Lancet Psychiatry* 2020.
47. Zhu Z, Wang H, Liu Z et al. COVID-19 in Whuan: sociodemographic characteristics and hospital support measures associated with the immediate Psychological impact on healthcare makers. *EClinical Medicine* 2020; 24: 100443.
48. Liu CY, Yun-Zhi Y, Zhang XM, Xu X, Dou QL, Zhang WW. The prevalence and influencing factors for anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: a cross-sectional survey. *Epidemiol Infect* 2020; 148: e98.
49. Rossi R, Soggi V, Pacitti F, et al. Mental health outcomes among frontline and second-line health care workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. *JAMA Netw Open* 2020; 3: e2010185.
50. Felice C, Di Tanna G, Zanus G, Grossi U. Impact of COVID-19 Outbreak on healthcare workers in Italy: results from a national e-survey. *J Community Health* 2020; 45: 675-83.
51. Di Tella M, Romeo A, Benfante A, Castelli L. Mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy. *J Eval Clin Pract* 2020; 10.1111/jep.13444.
52. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Med Sci Monit* 2020; 26: e923549.
53. Vita A, Barlati S. COVID-19 e salute mentale: focus sugli operatori sanitari. *Brescia Medica ConPrint srl, Brescia, 2020.*
54. Jianbo L, Simeng M, Ying W, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open* 2020; 3.
55. Regione Lombardia - Deliberazione n° XI / 3115 dello 07/05/2020.
56. Regione Lombardia - Deliberazione n° XI / 3226 del 09/06/2020.
57. Regione Lombardia - Deliberazione N° XI / 3524 del 05/08/2020.
58. Disposizioni per Emergenza Sanitaria (COVID-19) - Gruppo di lavoro Salute Mentale Brescia e Gardone VT - La Rete Società Cooperativa Sociale ONLUS.

59. Società Italiana di Psichiatria. Raccomandazioni sulle attività e misure di contrasto e contenimento del virus SARS-COV-19. Raccomandazioni specifiche per i dipartimenti di salute mentale per l'emergenza COVID 19. Evidence based Psychiatric Care. Journal of the Italian Society of Psychiatry, 2020.
60. Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale, sezione regionale lombarda. COVID-19 e strutture residenziali nei servizi di salute mentale. Indicazioni per prevenire e limitare.
61. Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica. Istruzioni Operative per le attività dei dipartimenti di salute mentale.
62. Li L. Challenges and priorities in responding to COVID-19 in inpatient psychiatry. *Psychiatr Serv* 2020; 71: 624-6.
63. Callaghan AW, Chard AN, Arnold P, et al. Screening for SARS-CoV-2 infection within a psychiatric hospital and considerations for limiting transmission within residential psychiatric facilities. Wyoming, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020; 69: 825-9.
64. Percudani M, Corradin M, Moreno M, Indelicato A, Vita A. Mental health services in Lombardy during COVID-19 outbreak. *Psychiatry Res* 2020; 288: 112980.
65. Clerici M, Durbano F, Spinogatti F, Vita A, de Girolamo G, Micciolo R. Psychiatric hospitalization rates in Italy before and during COVID-19: did they change? An analysis of register data. *Ir J Psychol Med* 2020; 1-8.
66. Borghetti S, Barlati S, Vallarino M, Viganò C, Direttivo Sirp Lombardia. COVID-19 e strutture residenziali nei servizi di Salute Mentale. Indicazioni per prevenire e limitare. *Errepiesse - Anno XIV- pag. 22-33. 1 Aprile 2020.*
67. De Girolamo G, Clerici M, et al. Mental health in the coronavirus disease 2019 emergency. The Italian response. *JAMA Psychiatry* 2020; 77: 974-6.
68. Carvalho PMM, Moreira M, de Oliveira MNA, et al. The psychiatric impact of the novel coronavirus outbreak. *Psychiatry Res* 2020; 286: 112902.
69. Center for the study of traumatic stress. Taking care of patients during the Coronavirus outbreak: a guide for psychiatrists. 2020.
70. Xiang YT, Yang Y, Li W, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry* 2020; 7: 228-9.
71. Kopelovich SL, Monroe-DeVita M, Buck BE, et al. Community mental health care delivery during the COVID-19 pandemic: practical strategies for improving care for people with serious mental illness. *Community Ment Health J* 2020; 1-11.
72. Goldman ML, Druss BG, Horvitz-Lennon M, et al. Mental health policy in the era of COVID-19. *Psychiatry Online*. Published online Jun 10 2020.
73. Martinotti G, Alessi MC, Di Natale C, et al. Psychopathological burden and quality of life in substance users during the COVID-19 lockdown period in Italy. *Front. Psychiatry* 2020; 11: 572245.
74. Bojdani E, Rajagopalan A, Chen A, et al. COVID-19 pandemic: impact on psychiatric care in the United States. " *Psychiatry Res* 2020; 289: 113069.