



Istituto Superiore di Sanità

Rapporto ISS COVID-19 • n. 23/2020

# **Indicazioni di un programma di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione dell'impatto da epidemia COVID-19 sulla salute mentale**

Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19

Versione del 6 maggio 2020



# Indicazioni di un programma di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione dell'impatto da epidemia COVID-19 sulla salute mentale

Versione del 6 maggio 2020

## **Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19**

Franco Veltro\*, Gemma Calamandrei\*\*, Angelo Picardi\*\*,  
Massimo Di Giannantonio\*\*\*, Antonella Gigantesco\*\*

\* *Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Sanitaria Regione Molise*

\*\* *Centro di riferimento per le Scienze comportamentali e la Salute mentale, Istituto  
Superiore di Sanità*

\*\*\* *Ordinario di Psichiatria, Università di Chieti, Direttore DSM ASL Chieti, Presidente  
Società Italiana di Psichiatria*

Istituto Superiore di Sanità

**Indicazioni di un programma di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione dell'impatto dell'epidemia COVID-19 sulla salute mentale. Versione del 6 maggio 2020.**

Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19  
2020, iv, 23 p. Rapporto ISS COVID-19 n. 23/2020

Durante eventi epidemici vi è un elevato rischio di sviluppare disturbi d'ansia, depressione, comportamenti auto-ed etero-aggressivi. Le misure di contrasto si associano a maggior rischio di abuso di alcool e sostanze, violenza domestica, e abusi sui minori. Aumentano inoltre vari fattori di rischio psicosociale come stress economico, disoccupazione, lutto, perdita del ruolo e del lavoro, rottura delle relazioni. Viene qui proposto un programma strutturato, manualizzato, basato su interventi fondati su evidenze e su una metodologia di valutazione standardizzata con strumenti integrabili nella routine clinica dei Dipartimenti di Salute Mentale. Il programma, elaborato sulla base di principi e modelli proposti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, dall'Inter Agency Standing Committee e dal West China Hospital, ha carattere globale poiché è diretto sia alla popolazione generale che alle persone ad alto rischio, come i soccorritori e le persone con particolare vulnerabilità bio-psico-sociale.

Istituto Superiore di Sanità

**Indications for an intervention program of the Mental Health Departments for the management of the impact of the COVID-19 epidemic on mental health. Version May 6, 2020.**

ISS Working Group Mental Health and Emergency COVID-19  
2020, iv, 23 p. Rapporto ISS COVID-19 n. 23/2020 (in Italian)

During epidemics, there is increased risk of developing depressive and anxiety disorders, as well as self-harming and aggressive behaviours. Social restraint measures are associated with higher risk of substance and alcohol abuse, self-harming behaviours, domestic violence, and child abuse. There is also an increase in several psychosocial risk factors, such as economic stress, unemployment, bereavement, loss of role romantic break-up, and job loss. We propose here a structured, manualized program that relies on evidence-based interventions and standardized assessment instruments that can be easily incorporated into routine clinical practice in the Mental Health Department. The program, based on principles and models proposed by the World Health Organization, the Inter Agency Standing Committee and the West China Hospital, has a general character because it is aimed both at the general population and at high-risk people, such as helpers and persons with high bio-psycho-social vulnerability.

Per informazioni su questo documento scrivere a: [gemma.calamandrei@iss.it](mailto:gemma.calamandrei@iss.it)

Citare questo documento come segue:

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. Versione del 6 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 23/2020).

---

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.

Redazione e grafica a cura del Servizio Comunicazione Scientifica (Sandra Salinetti e Paola De Castro)

© Istituto Superiore di Sanità 2020  
viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma



# Indice

Premessa.....	iii
Introduzione .....	1
Caratteristiche fondamentali del programma di intervento.....	2
Descrizione.....	2
Step del programma .....	4
PRIMO STEP • Il contatto (GIORNO 1).....	4
SECONDO STEP • Valutazione generale (GIORNO 1) .....	4
TERZO STEP - Parte prima • Valutazione clinico-decisionale (GIORNO 2) .....	5
TERZO STEP - Parte seconda • Presentazione intervento alla persona (GIORNO 2) .....	5
QUARTO STEP • Intervento (GIORNI SUCCESSIVI).....	6
Bibliografia .....	8
Appendice .....	10
A1. IPOP-COVID-19 .....	12
A2. Scala di Impatto dell'Evento – Rivista.....	19
A3. DASS-21 .....	21
A4. Lista dei problemi .....	22
A5. Suggerimenti per l'autogestione dell'ansia.....	23





## Premessa

L'impatto globale dell'attuale pandemia da SARS-CoV-2 sulla salute pubblica è senza precedenti. Un unico paragone può essere fatto con la pandemia del 1918 da virus H1N1, che tuttavia si verificò in assenza di sistemi sanitari, di welfare e finanziari avanzati e interdipendenti come quelli del mondo occidentale del terzo millennio. Una pandemia moderna questa, che ha visto rispolverare le strategie della quarantena e dell'isolamento sociale quali uniche tecniche efficaci di "soppressione" della contagiosità e riduzione della prevalenza e dell'incidenza dell'infezione al tasso più basso possibile.

È stato osservato che la strategia di "soppressione" per ridurre la contagiosità ( $R_0 < 1$ ) necessita di un lungo periodo caratterizzato da una combinazione di isolamento dei "casi", quarantena per i dimessi/guariti, distanziamento fisico dell'intera popolazione, ma soprattutto di "lockdown", ovvero di chiusura dei luoghi di aggregazione sociale e produttiva come scuole, fabbriche, servizi commerciali e di svago sportivo e culturale.

In aggiunta, per evitare epidemie di ritorno, queste strategie di "soppressione" del contagio dovrebbero (idealmente) essere mantenute finché terapie adeguate o un vaccino efficace non consentano di controllare il contagio. Tuttavia, una strategia basata su modalità di quarantena continuativa o a intermittenza (Fergusson *et al.*, 2020) finisce per avere un impatto rilevante su alcuni bisogni fondamentali delle persone come l'autonomia decisionale, la mobilità spaziale, il senso di sicurezza fisica, la libertà di contatto con i cari, e può comportare gravi ripercussioni sull'equilibrio psico-emotivo.

Se da un lato sono stati fin qui raccolti molti dati e ipotizzati diversi scenari epidemiologici e infettivologici basati su modelli di simulazione epidemica (Fergusson *et al.*, 2020; Verity *et al.*, 2020; WHO, 2020; Halloran *et al.*, 2008; Mossong *et al.*, 2008), sappiamo ancora poco sul rapporto tra fasi epidemiche, adozioni di politiche sanitarie (soppressione vs. mitigazione) e impatto psicologico sulle popolazioni. Nel campo della salute mentale si è fatto raramente ricorso agli strumenti del *Public Health Impact Assessment*, cioè a quella combinazione di procedure, metodi, e strumenti di rilevazione per valutare quanto una politica, un programma o un progetto sociale possa avere effetti positivi sulla salute della popolazione.

Le conoscenze sull'impatto della pandemia sulla salute mentale delle persone sono ancora poche, parcellari, derivate da esperienze solo parzialmente assimilabili all'attuale epidemia, come quelle che si riferiscono alle epidemie di SARS, MERS, o Ebola, o basate su ipotesi di possibili quadri sindromici attesi a partire da congetture cliniche.

Alla luce di quanto esposto è urgente la promozione di un programma di tutela della salute mentale della popolazione sottoposta a misure drastiche di contrasto all'infezione da SARS-CoV-2 che abbia le caratteristiche proprie di un programma di promozione di salute pubblica, non limitato perciò a interventi settoriali di "assistenza psichiatrica". Un siffatto programma può avere attuazione a partenza dai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che per legge e missione hanno lo scopo di promuovere e tutelare la salute mentale (DPR 10 novembre 1999) dei cittadini, in concerto e sinergia con le politiche dei Dipartimenti di Prevenzione e le politiche sociali degli Enti Locali e delle associazioni di volontariato.

Il programma dovrebbe avere le seguenti caratteristiche:

- 1) fondarsi su pratiche basate su evidenze scientifiche per una gestione efficace dell'impatto psicologico della pandemia sulla popolazione generale e sui soggetti a rischio;
- 2) fornire strumenti e procedure per il monitoraggio e la sorveglianza spazio-temporale dei sintomi di sofferenza mentale e dei disturbi psichiatrici collegati alla pandemia;

3) promuovere con azioni intersettoriali la salute mentale della popolazione mediante l'adozione di stili di vita corretti e l'applicazione di tecniche di fronteggiamento (*coping*) dei problemi psicosociali.

L'azione di sorveglianza e monitoraggio nel tempo va enfatizzata per vari motivi (Holmes *et al.*, 2020): particolare importanza riveste, infatti, monitorare la frequenza di ansia, depressione, atti autolesivi, ideazione suicidaria, suicidi e altre condizioni mentali per meglio comprenderne i correlati e i fattori di rischio, come il peggioramento delle condizioni socio-economiche e l'isolamento sociale.

Il monitoraggio dovrebbe riguardare sia la popolazione generale sia le persone più vulnerabili come gli operatori sanitari impegnati in prima linea. Il monitoraggio è importante anche per saggiare l'ipotesi che un'epidemia possa modificare negli anni successivi la prevalenza delle psicosi, in particolare della schizofrenia (Zandifara & Badrfam, 2020).

Sulla base di queste considerazioni è stato concepito un programma intervento, strutturato, ad uso dei DSM dell'SSN per la prevenzione e il controllo degli effetti negativi sulla salute mentale dovuti a pandemia da COVID-19 sulla popolazione generale e sulla popolazione a rischio.



# Introduzione

Questa pandemia, per le sue caratteristiche di diffusione e di contagiosità, riveste un carattere unico. Anche se la produzione scientifica va aumentando velocemente, sappiamo ancora poco sul virus e sulle fasi del processo patogenetico nell'ospite e soprattutto non sappiamo ancora che impatto psicologico a breve, medio e lungo termine avranno questa pandemia e le misure di "soppressione" del contagio. Studi condotti sull'impatto psicologico dell'epidemia di SARS nel 2003 ("solo" 8.000 casi riportati e 774 decessi nel mondo) hanno mostrato un aumento del 30% dei suicidi nelle persone con età superiore a 65 anni; hanno inoltre mostrato che nei pazienti guariti dall'infezione, uno su due aveva sviluppato un disturbo d'ansia (Nikell *et al.*, 2004; Tsang *et al.*, 2004; Yip *et al.*, 2010). Sono stati anche osservati problemi di salute mentale, che includevano grave preoccupazione, disturbo post-traumatico da stress, depressione, sintomi somatici e insonnia nel 77.4% degli operatori sanitari che avevano curato i pazienti durante l'epidemia di SARS (Chong *et al.*, 2004).

Diversi studi hanno evidenziato come in caso di eventi epidemici straordinari è verosimile attendersi un aumento nella popolazione di sintomi ansiosi, perlopiù legati a risposte disadattative di fronteggiamento (*coping*) dello stress, e un aumento del rischio di sviluppare sintomi depressivi e comportamenti auto ed etero-aggressivi fino a condotte suicidarie (IPSOS-MORI, 2020; Brooks *et al.*, 2020). Sono descritti peggioramenti anche di quadri clinici di disturbi con più bassa prevalenza. Sono altresì attesi quadri clinici riferibili in particolare a disturbo post-traumatico da stress e depressione maggiore, come confermato dalla letteratura scientifica sugli operatori impegnati in prima linea e sui pazienti sopravvissuti. Tra le conseguenze delle misure di distanziamento fisico e di quarantena, descritte in studi recenti, sono stati elencati abuso di alcool e sostanze, tentativi di suicidio e autolesionismo, violenza domestica, abuso sui minori e aumento dei reati (O'Connor & Nock, 2014; John *et al.*, 2018; Turecki *et al.*, 2019).

Tra i fattori stressanti sono stati descritti la durata prolungata della quarantena, il timore del contagio, l'assistenza e l'informazione inadeguate e lo stigma. Gli stessi studi evidenziano l'influenza sulla salute mentale di altri fattori di rischio psicosociale compresenti, quali stress finanziario, disoccupazione, perdita del lavoro, lutto, percezione di un carico eccessivo, perdita del ruolo, mancanza di fissa dimora, e rottura o seria compromissione delle relazioni significative (Brooks *et al.*, 2020).

Sono ancora disponibili pochi dati di popolazione sull'impatto sociale e sulla salute mentale delle misure di lockdown per l'attuale epidemia. Uno studio effettuato in Cina ha mostrato che gli adulti che avevano smesso di lavorare a causa delle misure restrittive presentavano elevati livelli di sofferenza psicologica, come registrati dallo strumento "K6", e condizioni scadenti di salute fisica.

Le indicazioni che derivano da questi studi suggeriscono quanto sia fondamentale indagare tutti questi aspetti nelle persone che chiedono aiuto psicologico, utilizzando uno strumento standardizzato per rilevare le potenziali fonti di stress. Ciò è particolarmente utile per calibrare l'intervento sui principali problemi psicologici ma anche sulle difficoltà di ordine pratico che possono determinarle o aggravarle. Parimenti è importante indagare aree di vulnerabilità personali o familiari per problemi psichiatrici o per problemi di salute fisica.

Il valore aggiunto del programma qui presentato sarà rappresentato dalla sua capacità di valutare e distinguere le persone che soddisfano i criteri di un quadro psicopatologico che richieda un accesso diretto ai servizi specialistici, rispetto a quelle che possono beneficiare di soli interventi di promozione del benessere individuale e di miglioramento delle strategie di *coping*. Gli interventi di promozione della salute mentale e delle strategie di *coping* individuati sulla base delle evidenze della letteratura scientifica sono i programmi psicoeducativi o focalizzati sul problema, con l'ausilio di tecniche cognitivo-comportamentali di provata efficacia (Pfefferbaum & North, 2020).

## Caratteristiche fondamentali del programma di intervento

Il programma ha le seguenti caratteristiche:

- a. è strutturato e si riferisce a pratiche di provata efficacia o probabile efficacia;
- b. è basato su una metodologia di valutazione standardizzata con questionari applicabili nella routine già utilizzati in diversi contesti internazionali per permettere il confronto dei dati;
- c. è sostenibile in condizioni di routine;
- d. è manualizzato per permettere la fidelizzazione e quindi il confronto dei risultati tra servizi;
- e. utilizza un approccio globale, che prende in considerazione allo stesso tempo la popolazione generale e quella ad alto rischio ma con metodologie di intervento differenziate tra le due popolazioni;
- f. è potenzialmente inclusivo di azioni attuabili in sinergia con le associazioni di volontariato e professionali, con le istituzioni e con gli enti locali. È auspicabile che tale sinergia sia ampia e diffusa con una prospettiva a lungo termine, allo scopo di individuare e consolidare iniziative e interventi prosociali e salutogenici a livello della popolazione generale, interventi di promozione del sostegno sociale (Dawson, 2015) e iniziative di gruppo basate sulla metodologia tra pari (Hogan, 2002);
- g. è corredato di moduli standardizzati predisposti per garantire riproducibilità e completezza nella raccolta di informazioni da parte degli operatori e di moduli per pazienti per agevolare l'esercizio di abilità di fronteggiamento di problemi come paura, ansia, rabbia e insonnia.

## Descrizione

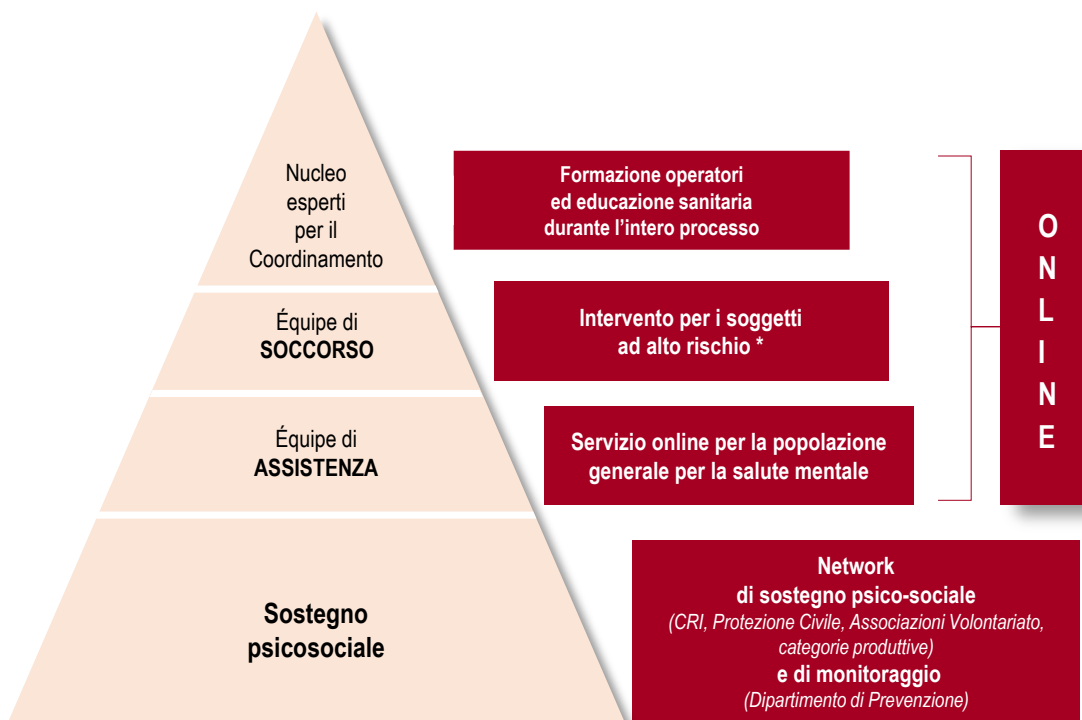
Il programma incorpora i principi contenuti nel documento "Mental health and psychosocial considerations during COVID-19 outbreak" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (WHO, 2020), nel documento "Gestire la salute mentale e gli aspetti psicosociali dell'epidemia di COVID-19", versione 1.5 dello Inter Agency Standing Committee (IASC) ([www.auslromagna.it/organizzazione/reti-programmi/psicologia](http://www.auslromagna.it/organizzazione/reti-programmi/psicologia)), ma soprattutto nel modello del West China Hospital "Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak" (Zhang *et al.*, 2020), anche considerato che il governo italiano ha applicato il modello di politica di "suppression" della Repubblica Cinese. Per quanto riguarda la valutazione clinica, sono stati individuati gli strumenti più frequentemente utilizzati nella letteratura scientifica e nell'esperienza cinese. Per gli interventi psicologici, si suggerisce agli operatori di riferirsi alla letteratura scientifica riguardante il trattamento dei disturbi mentali comuni, alle linee guida NICE reperibili sul dominio <https://www.nice.org.uk> in merito al trattamento della depressione, dell'ansia e dei disturbi correlati allo stress. Per la gestione dei trattamenti psichiatrici si suggerisce di riferirsi a raccomandazioni delle società professionali riconosciute dal Ministero della Ricerca e Pubblica Istruzione.

In Cina il modello adottato è stato tempestivo e ha integrato gli interventi di clinici non specialisti, psichiatri, psicologi e assistenti sociali all'interno di una modalità di lavoro basata su una piattaforma Internet. È stato proposto un modello flessibile, adattabile alle varie fasi dell'epidemia, relative al periodo di "scoppio" epidemico e a quello immediatamente successivo. Nella fase dello scoppio epidemico, l'intervento "psicologico" ha incluso due attività simultanee:

1. Intervento per la paura della malattia;
2. Intervento di adattamento per la situazione.

Oltre a questi due interventi, che hanno richiesto l'integrazione con operatori sociali anche appartenenti ad associazioni di volontariato, vi sono stati quelli per la popolazione ad alto rischio che include i soccorritori e le persone con particolare vulnerabilità bio-psico-sociale esposte all'epidemia. Si è evidenziata la necessità di collaborazione con le associazioni di volontariato, le associazioni professionali, gli enti locali e le categorie produttive, e la costruzione di protocolli e procedure sinergici e intersettoriali allo scopo di formare reti formali e informali di intervento e promuovere in particolare gruppi di auto-aiuto, anche attraverso piattaforme informatiche.

Gli autori del presente rapporto condividono questo modello operativo, con gli opportuni adattamenti alla realtà italiana (Figura 1).



**Figura 1. Modello operativo per la gestione dell'impatto da epidemia COVID-19 sulla salute mentale della popolazione, sia generale che a rischio**

Si ritiene che una grande attenzione debba essere riservata, in particolare, alle conseguenze dell'isolamento sociale, in termini di salute fisica e psicosociale, sulle persone anziane, perché come evidenziato dalle precedenti esperienze sono a elevato rischio. Pertanto sono suggeriti accordi di collaborazione con associazioni di volontariato al fine di promuovere interventi di socializzazione e sostegno, e percorsi prioritari di collaborazione con i medici di medicina generale e con i servizi di geriatria.

Il Nucleo Direzionale è responsabile della preparazione del materiale, del programma, del monitoraggio e del coordinamento degli interventi.

Per ogni Centro di Salute Mentale viene costituita una Équipe Territoriale per l'Intervento sulla Crisi Psicologica/Psichiatrica da COVID-19 (ETI-PsiCO); saranno individuati allo scopo almeno uno psichiatra, uno psicologo, un infermiere, un tecnico della riabilitazione psichiatrica e un assistente sociale.

Le linee d'intervento sono rivolte alla **popolazione generale (PG)** e alla **popolazione a rischio (PR)**. Per entrambe le linee, l'intervento deve essere intensivo:

- **PG:** a seconda dei problemi evidenziati, l'intervento può variare da un minimo di 3 incontri ad un massimo di 9, salvo per le persone che avranno accesso diretto al Centro di Salute Mentale. Sono perlopiù suggeriti interventi brevi focalizzati sul problema.
- **PR:** l'intervento prevalentemente online sarà basato sulla valutazione clinica di uno psicologo o di uno psichiatra; potrà prevedere un accesso diretto al servizio e un'eventuale terapia farmacologica.

Sulla base della letteratura per:

- **PG:** ci si aspettano problemi di salute mentale correlati allo stress, sintomi ansiosi e sintomi depressivi.
- **PR:** ci si aspettano sintomi riconducibili a disturbo da stress post-traumatico, e quadri più severi di ansia e depressione.

## Step del programma

### PRIMO STEP • Il contatto (GIORNO 1)

Presso il DSM è attivata una linea telefonica dedicata per ricevere la telefonata di aiuto finalizzata a raccogliere le generalità e il numero di telefono da ricontattare (le telefonate per emergenze psichiatriche non sono ovviamente qui considerate, ma rientrano nel normale svolgimento del funzionamento del servizio).

Si chiede se la persona è un operatore sanitario impegnato in prima linea.

In tal caso seguirà il percorso PR. È comunicata l'informativa sulla privacy e chiesto il consenso al trattamento dei dati.

All'inizio si prevedono come impegno del servizio 2 ore di un pomeriggio e 2 ore di una mattina.

### SECONDO STEP • Valutazione generale (GIORNO 1)

Durata colloquio telefonico: circa 30 minuti

Dopo aver ricevuto la telefonata di aiuto, uno degli operatori del DSM telefona, preferibilmente in giornata, per procedere alla raccolta di informazioni e alla fase di valutazione. Informa la persona e chiarisce che il servizio si prenderà cura dei suoi problemi, e che si daranno indicazioni per fronteggiarli con un intervento intensivo via telefono. Chiarisce che a questo fine sarà di fondamentale importanza la raccolta di informazioni.

Per la raccolta delle informazioni generali, analoga per entrambe le linee di intervento, è utilizzata un'intervista informativa e anamnestica semi-strutturata (un esempio è fornito nell'Appendice A1). Nel caso la persona sia operatore sanitario impegnato in prima linea, la telefonata è condotta da uno psicologo o uno psichiatra.

## TERZO STEP - Parte prima • Valutazione clinico-decisionale (GIORNO 2)

Durata colloquio telefonico: circa 20 minuti.

**PG** Si suggerisce di usare il K10 (Kessler *et al.*, 2003) (come prima valutazione della presenza di disagio mentale e del diverso peso dei sintomi ansiosi e depressivi. Nel caso di punteggio  $\geq 20$  e preponderanza di sintomi ansiosi, si procede con ulteriore valutazione tramite strumento standardizzato. Si suggerisce la *Self-rating Anxiety Scale* (SAS) di Zung che sarà usata per valutare il livello di gravità dell'ansia e meglio pianificare l'intervento. Nel caso di preponderanza di sintomi depressivi, si suggerisce il *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) (Appendice A1)

- Per siglare la Scala di Zung, utilizzare la somma dei punteggi degli item. Il criterio del superamento di un punteggio grezzo di 40 costituisce la soglia ottimale per riconoscere la presenza di ansia (Dunstan & Scott *et al.*, 2020).
- Si raccomanda di siglare il PHQ-9 utilizzando la semplice somma dei punteggi degli item, poiché recenti ampie metanalisi di dati individuali hanno mostrato che per l'individuazione dei probabili casi di depressione il criterio del superamento di un punteggio pari o superiore a 10 costituisce la soglia ottimale per massimizzare sensibilità e specificità (Levis *et al.*, 2019) e fornisce risultati migliori rispetto all'uso dell'algoritmo diagnostico (He *et al.*, 2020).

**PR** Questa linea di intervento è dedicata agli operatori sanitari impegnati in prima linea formali o informali (volontari). Uno psicologo, o uno psichiatra, rivolge le domande che sono in genere utilizzate dagli psicologi dell'emergenza. Possono essere usate le domande per soccorritori presenti nell'Appendice A1. Lo psicologo o lo psichiatra valuta l'impatto dell'evento. Può far riferimento alla scala IES-R (Appendice A2) (Weiss & Marmar, 1996). Valuta la sintomatologia ansioso-depressiva per uso clinico, ad esempio con la scala DASS-21 (Henry & Crawford 2005) (Appendice A3).

## TERZO STEP - Parte seconda • Presentazione intervento alla persona (GIORNO 2)

Durata colloquio telefonico: circa 15 minuti.

**PG** Sono restituite le informazioni sulla valutazione:

- 1) In caso di K10 con punteggio inferiore a 20, i problemi sono relativi a una sofferenza mentale specificamente correlata allo stress. Si dice alla persona che i suoi problemi psicologici saranno affrontati in successivi colloqui telefonici con un programma breve. Si illustrano i suggerimenti per l'autogestione dell'ansia elaborati dall'ISS sulla base delle indicazioni dell'OMS (Appendice A5).
- 2) In caso di K10 con punteggio  $\geq 20$  e un problema di ansia lieve o moderata, come registrato ad esempio con la scala di Zung, si restituisce l'informazione e si comunica che è previsto un programma strutturato di 4-5 incontri telefonici, preferibilmente da effettuarsi in giorni consecutivi a cura di un operatore formato individuato dall'equipe di lavoro del DSM. In caso di ansia marcata o grave (punteggio  $\geq 60$ , se si utilizza la scala di Zung) si comunica che è previsto un programma su piattaforma internet più strutturato o, se la persona lo preferisce, l'accesso diretto al servizio. Si illustrano i suggerimenti per l'autogestione dell'ansia (Appendice A5).
- 3) In caso di K10 con punteggio  $\geq 20$  e un problema di depressione medio-lieve (punteggio PHQ-9: 10-19), si restituisce l'informazione e si comunica che è previsto un programma di 7-8 colloqui telefonici preferibilmente consecutivi a cura di un operatore individuato dall'equipe di lavoro, specificamente formato, in accordo con le linee guida NICE per il trattamento non farmacologico della depressione. È previsto il monitoraggio a distanza di 1 settimana dall'ultimo colloquio. In caso di depressione grave (PHQ-9: punteggio  $> 19$ ), è suggerito l'accesso diretto al DSM.

**PR** Lo psicologo o lo psichiatra restituisce le informazioni della valutazione e concorda con la persona il programma da attuare, compreso l'eventuale accesso diretto al DSM.

#### **QUARTO STEP • Intervento (GIORNI SUCCESSIVI)**

**PG** Sulla base della valutazione dei primi 3 step, il programma può proseguire per: 1) fronteggiare il disagio mentale; 2) ansia; 3) depressione.

- 1) Per il **disagio mentale** è utile focalizzare l'attenzione sui problemi che possono essere ad esso associati. Si suggerisce l'utilizzo di una Lista dei Problemi (Allegato 4) per rilevare il tipo di problemi al fine di aiutare la persona con il rafforzamento di strategie di coping. Si suggerisce di iniziare con due incontri di alfabetizzazione emozionale sulla paura e sull'ansia.
- 2) Per il programma dell'**ansia** si suggeriscono due incontri di alfabetizzazione emozionale sulla paura e sull'ansia, un incontro per il rilassamento progressivo muscolare, un incontro di respirazione consapevole, e altri incontri di ristrutturazione cognitiva e di monitoraggio.
- 3) Per il programma sulla **depressione** si suggeriscono due incontri iniziali di alfabetizzazione emozionale sulla paura e sull'ansia e un terzo di *Analisi del Problema*. Sulla base dell'*Analisi del Problema* si concorda con la persona il tipo di intervento.

**PR** **Periodo epidemico acuto** (evento critico). Quando la persona è ancora attivamente impegnata in prima linea, si suggeriscono incontri telefonici a cura di uno psicologo o uno psichiatra con specifica formazione, basati sull'ascolto attivo ed empatico, sulle tecniche del "grounding" o del radicamento (se vi sono operatori esperti) o più semplicemente sull'apprendimento di tecniche di rilassamento (corporee e centrate sul respiro) e decentramento cognitivo.

**PR** **Periodo successivo**, di smobilitazione. Si raccomandano le seguenti fasi:

- **Prima Fase.** Psicoeducativa.
- **Seconda Fase.** Di rielaborazione: si procede con interventi terapeutici più strutturati che per i "pazienti più lievi" possono essere interventi psicologici di autoregolazione emozionale e di meditazione di consapevolezza (mindfulness). Per i pazienti più gravi, sono suggeriti dalle "Linee di indirizzo per l'intervento psicologico a distanza a favore della popolazione nell'emergenza COVID-19", disponibili sul sito del CNOP ([www.psy.it/gli-psicologi-sul-coronavirus](http://www.psy.it/gli-psicologi-sul-coronavirus)), interventi e trattamenti di provata efficacia che combinano farmaci e psicoterapia.
- **Terza Fase.** Fase di recupero psicosociale. In accordo con la recente specifica letteratura, sono necessari interventi di miglioramento di abilità sociali (inclusi adozione di stili vita per migliorare la salute fisica) e di miglioramento delle condizioni lavorative (Zhang *et al.*, 2020). Sono da preferire pertanto Programmi di Social Skill Training a cura dei tecnici di riabilitazione psichiatrica e di sostegno sociale a cura degli assistenti sociali.

Le schede compilate saranno conservate e archiviate presso ogni DSM e rese disponibili per il nucleo direzionale per il monitoraggio. Le prestazioni dell'intervento saranno registrate sul Sistema Informativo Salute Mentale (annotandoli come colloquio e scrivendo nella sezione NOTE "colloquio telefonico"). Per ogni "utente telefonico" sarà aperta la stessa cartella clinica ambulatoriale normalmente in uso presso il DSM inserendo i dati raccolti. I questionari saranno inseriti nella Cartella Ambulatoriale. Tale documentazione, se non vi sarà accesso diretto al Centro di Salute Mentale, sarà distrutta entro un anno. I questionari di valutazione saranno anonimizzati e utilizzati solo a fini di elaborazione statistica.





## Bibliografia

- Brooks SK, Webster RK, Smith LE, *et al.* The Psychological Impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet* 2020;26. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Chong MY, Wang WC, Hsieh WC *et al.* Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *The British Journal of Psychiatry* 2004;185:127-33
- Dawson KS, Bryant RA, Harper M, *et al.* Problem Management Plus (PM+): a WHO transdiagnostic psychological intervention for common mental health problems. *World Psychiatry* 2015;14:354-7.
- Italia. Decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1999. Approvazione del progetto obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000". *Gazzetta Ufficiale* n. 274 del 22.11.1999.
- Dunstan DA & Scott N (2020). Norms for Zung's Self Rating Anxiety Scale. *BMC Psychiatry* 2020;20: 90. DOI: 10.1186/s12888-019-2427-6.
- Fergusson NM, Laydon D, Nedjati-Gilani G, *et al.*, on behalf of the Imperial College COVID-19 Response Team. *Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand.* London: Imperial College; 2020. DOI: <https://doi.org/10.25561/77482>
- Halloran ME, Ferguson NM, Eubank S, *et al.* Modeling targeted layered containment of an influenza pandemic in the United States. *Proc.Natl Acad Sci USA* 2008;105(12):4639-44
- He C, Levis B, Riehm KE, Saadat N, Levis AW, Azar M, Rice DB, Krishnan A, Wu Y, Sun Y, Imran M, Boruff J, Cuijpers P, Gilbody S, Ioannidis JPA, Kloda LA, McMillan D, Patten SB, Shrier I, Ziegelstein RC, Akena DH, Arroll B, Ayalon L, Baradaran HR, Baron M, Beraldi A, Bombardier CH, Butterworth P, Carter G, Chagas MHN, Chan JCN, Cholera R, Clover K, Conwell Y, de Man-van Ginkel JM, Fann JR, Fischer FH, Fung D, Gelaye B, Goodyear-Smith F, Greeno CG, Hall BJ, Harrison PA, Härter M, Hegerl U, Hides L, Hobfoll SE, Hudson M, Hyphantis TN, Inagaki M, Ismail K, Jetté N, Khamseh ME, Kiely KM, Kwan Y, Lamers F, Liu SI, Lotrakul M, Loureiro SR, Löwe B, Marsh L, McGuire A, Mohd-Sidik S, Munhoz TN, Muramatsu K, Osório FL, Patel V, Pence BW, Persoons P, Picardi A, Reuter K, Rooney AG, da Silva Dos Santos IS, Shaaban J, Sidebottom A, Simning A, Stafford L, Sung S, Tan PLL, Turner A, van Weert HCPM, White J, Whooley MA, Winkley K, Yamada M, Thombs BD, Benedetti A. The Accuracy of the Patient Health Questionnaire-9 Algorithm for screening to detect major depression: an individual participant data meta-analysis. *Psychother Psychosom* 2020; 89:25-37.
- Henry JD, Crawford JR. The short form version of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21). Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology* 2005;44(2):227-39.
- Hogan BE, Linden W, Najarian B. Social support interventions: do they work? *Clin Psychol Rev* 2002;22:383-442
- Holmes EA, O'Connor RC, Perry V. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry* 2020 Apr 15. pii: S2215-0366(20)30168-1
- Ipsos-MORI. *Covid-19 and mental wellbeing.* London Ipsos-MORi; 2020. <https://www.ipsos.com/ipsos-mori/en-uk/Covid-19-and-mental-wellbeing> .
- John A, Glendenning AC, Marchant A, *et al.* Self-harm, suicidal behaviours, and cyberbullying in children and young people: systematic review. *J Med Internet Res* 2018;20:e129.
- Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC, Hiripi E, *et al.* Screening for serious mental illness in the general population. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(2):184-9.
- Leveni D, Michielin P, Piacentini D. *Superare la depressione. Un programma di terapia cognitive-comportamentale.* Trento: Erikson; 2014
- Levis B, Benedetti A, Thombs BD; DEPRESSion Screening Data (DEPRESSD) Collaboration. Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *BMJ* 2019;365:11476.

- Mossong J, Hens N, Jit M, *et al.* Social contacts and mixing patterns relevant to the spread of infectious diseases. *PLoS Med* 2008;5(3):0381-91.
- Nickell LA, Crighton EJ, Tracy CS, *et al.* Psychosocial effects of SARS on hospital staff: survey of a large tertiary care institution. *CMAJ* 2004;170:793-8.
- O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry* 2014;1:73-85.
- Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 pandemic. *NEJM* 2020 13 April. DOI: 10.1056/NEJMp2008017
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *JAMA* 1999;282:1737-44
- Tsang HW, Scudds RJ, Chan EY. Psychosocial impact of SARS. *Emerg Infect Dis* 2004;10:1326-7.
- Turecki G., Brent D.A., Gunnell D., *et al.* Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primers* 2019;5:74.
- Verity R, Okell LC, Dorigatti I *et al.* Estimates of the severity of COVID-19 disease. medRxiv 2020. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.09.20033357>
- Weiss DS, Marmar CR. The impact of event scale – revised. In: Wilson JP, Keane TM (Eds). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press; 1997. p. 399–411
- WHO. *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. Geneva: World Health Organization; 2020. (WHO/2019-nCoV/MentalHealth/2020.1) [www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf](http://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf)
- Yip PS, Cheung YT, Chau PH, Law YW. The impact of epidemic outbreak: the case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong. *Crisis* 2010; 31: 86–92. 19
- Zandifara A, Badrfam R. COVID-19: Considering the prevalence of schizophrenia in the coming decades. *Psychiatry Research* 2020;288. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112982>
- Zhang J, Wu W, Zhao X, Zhang W. Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak. *Precision Clinical Medicine* 2020 DOI: <https://doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa006>
- Zhang SX, Wang Y, Rauch A, Wei F. Unprecedented disruption of lives and work: Health, distress and life satisfaction of working adults in China one month into the COVID-19 outbreak. *Psychiatry Research* 2020;288, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112958>
- Zhang W, Wang K, Yin L, *et al.* Mental Health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2020. DOI:10.1159/000507639
- Zung WWK. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics* 1971;12:371-9.

## **Appendice**



## A1. IPOP-COVID-19

### Intervento Psicoeducativo per i problemi Psicologici nella Popolazione Generale e nella popolazione a rischio dovuti all'epidemia da SARS-COV-2

#### PRIMO STEP Il contatto

Trascrivere di seguito le informazioni ottenute al primo contatto telefonico:

- A) Scrivere il contatto telefonico della persona: .....
- B) Nome e Cognome: .....
- C) Data di nascita: .....
- D) Residenza ... ..

#### FORMULA DI CONSENSO

Lei, Sig. ...., nel momento in cui ha chiesto un aiuto psicologico telefonico viene a conoscenza che:

- la prestazione che le verrà offerta è un intervento sanitario conseguente ad una valutazione per migliorare le sue condizioni psicologiche;
- a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione sanitaria-psicologica e di sostegno in ambito psicologico;
- lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico via telefono, via chat, via Skype, via videochiamata con smartphone e, eventualmente, anche interventi effettuati di persona;
- non è previsto alcun compenso per l'intervento telefonico, ma solo se accede al Centro di Salute Mentale è necessaria impegnativa di prenotazione;
- la durata globale dell'intervento può variare da 3 a 9 telefonate di 30-40 minuti;
- il trattamento dei dati da lei forniti sono trattati all'interno del Regolamento UE 2016/679 e del D.lgs. 101/2018;
- il trattamento dei dati avviene con procedure idonee a tutelare la riservatezza della persona e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi;
- Il trattamento dei dati ha come scopo l'espletamento delle finalità terapeutiche strettamente legate alle finalità della relazione terapeutica;
- Il trattamento dei dati per le finalità sopraindicate avrà luogo anche con modalità automatizzate ed informatizzate e manuali, sempre nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge 101/2018. I dati personali saranno conservati, presso le Unità Operative del DSM, per un periodo non superiore ad un anno e poi verranno pseudonimizzati (art.32 – GDPR) ed utilizzati a soli fini statistici.

Dopo essere stato informato telefonicamente in data |\_\_|\_| |\_\_|\_| |\_\_|\_| alle ore .....

concede il consenso al trattamento dati?  sì  no

## SECONDO STEP Valutazione generale

### Intervista informativa e anamnestica

**INIZIO INTERVISTA** (a cura dell'operatore dell'équipe formata dal Servizio)

---

**Mi presento**, sono .....

e sono un operatore del Dipartimento di Salute Mentale di .....

Ci auguriamo di poter essere utili per risolvere o mitigare i problemi psicologici di cui ci parlerà.  
Inizieremo con delle domande per capire la situazione che vive adesso e per valutare in modo completo i problemi psicologici.

**Con chi vive adesso a casa?** (*chiedere se ci sono bambini a casa*)

.....  
.....

**Lavora?** (*se non lavora domandare per quale motivo; chiedere se studente o casalinga o in cerca di prima occupazione*)

.....  
.....

**Come giudica la sua situazione economica?**

- soddisfacente     adeguata     insoddisfacente

**Prima del Decreto di Emergenza quante ore trascorrevate fuori casa?** |\_\_|\_\_|

**Come considera numericamente la sua rete di persone amicali, compresi i parenti, prima del Decreto di Emergenza** (non adesso)?

- soddisfacente, cioè tante persone con le quali può parlare, chattare, ecc.  
 adeguata, cioè un numero sufficiente di persone  
 non soddisfacente

**In questi giorni esce?**     sì     no    Se sì, **quante volte?** |\_\_|

Se sì, **per quanto tempo?** |\_\_|\_\_|\_\_| minuti

**È obbligato alla quarantena?**     sì     no    Se sì, **da quanto tempo?** |\_\_| gg

**È parente di una persona obbligata alla quarantena?**     sì     no

**Vive con persone a rischio o lei stessa si sente a rischio?**     sì     no

**Ha parenti che ha visto recentemente che sono a rischio?**     sì     no

**Mi può descrivere in modo specifico in cosa consistono i problemi psicologici che sta avvertendo?**

.....  
.....

**Da quanto tempo si manifestano?**

.....  
.....

**Quando si manifestano?**

.....  
.....

**Dove e in che circostanze?**

.....  
.....

**NOTA BENE**

Se la persona non è in trattamento presso il DSM in RIFERIMENTO A PATOLOGIE PSICHIATRICHE PREGRESSE, chiedere:

**Ha mai sofferto di un disturbo psichiatrico?**  sì  no

Se sì, scrivere di seguito la diagnosi:

.....  
.....

**Ha qualche familiare che ha sofferto di un disturbo psichiatrico?**  sì  no

Se sì, scrivere di seguito la diagnosi:

.....  
.....

**Ha malattie fisiche?** (es. diabete, pressione alta, problemi cardiaci, respiratori, problemi osteoarticolari, dolori)

sì  no

**Prende farmaci?**  sì  no

**È mai stato operato?**  sì  no

.....

**fine SECONDO STEP**



## TERZO STEP Valutazione clinico-decisionale

### A. POPOLAZIONE GENERALE

Comprende **intervista con il K10** (Leveni *et al.*, 2014)

Sulla base del risultato del K10 ci si orienta su:

1. Ansia. Si usa la scala *Self-Rating Anxiety Scale* di ZUNG (Zung, 1971)
2. Depressione. Si usa il PHQ-9 (Spitzer *et al.*, 1999)

**Le farò adesso delle domande specifiche perché vogliamo accertare meglio la natura e la specificità del suo problema.**

Le chiedo un po' di pazienza perché per noi è importante fare una buona valutazione per programmare un intervento mirato.

È un'intervista clinica, solo che viene effettuata tramite telefono. SI PROCEDE CON IL K10

5 quasi sempre; 4 per buona parte del tempo; 3 per un po'; 2 raramente; 1 mai).

#### LE CHIEDO

- |                                                                                                                                                            |   |   |   |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. Nelle ultime due settimane, per quanto tempo si è sentito molto stanco o spossato senza un vero motivo?                                                 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. Nelle ultime due settimane, per quanto tempo si è sentito nervoso, allarmato o preoccupato?                                                             | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. Nelle ultime due settimane, per quanto tempo si è sentito talmente nervoso o allarmato che nulla e nessuno riusciva a rassicurarti o a calmarti?        | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. Nelle ultime due settimane, per quanto tempo si è sentito senza speranze per il futuro?                                                                 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. Nelle ultime due settimane, per quanto tempo si è sentito irrequieto e incapace di stare fermo?                                                         | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. Nelle ultime due settimane, per quanto tempo si è sentito così irrequieto da non riuscire a stare seduto, da doversi alzare e magari camminare sue giù? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. Nelle ultime due settimane, per quanto tempo si è sentito giù, demoralizzato?                                                                           | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. Nelle ultime due settimane, per quanto tempo si è sentito tanto giù che niente e nessuno era in grado di tirarla su, di farla sentire meglio?           | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. Nelle ultime due settimane, per quanto tempo Le è sembrato che ogni cosa costasse sforzo e fatica?                                                      | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. Nelle ultime due settimane, per quanto tempo si è sentito inutile?                                                                                     | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

#### Punteggio

### ISTRUZIONI PER L'OPERATORE PER INTERPRETARE IL K10

#### PUNTEGGIO inferiore a 20

**Comunicare** al paziente: *“la probabilità che lei soffra di un vero e proprio disturbo di depressione o di ansia è minima. È invece molto probabile che si tratta di un disagio psicologico legato allo stress. È importante comunque approfondire con altre domande”.*

#### PUNTEGGIO uguale o superiore a 20

**Considerare** per quali item si sono registrati i punteggi più elevati, cioè se per gli item **2,3,5,6**, evidenziati in **grassetto**, oppure per gli item 1,4,7,8,9,10.

I Punteggi 2,3,5,6 vanno calibrati (“pesati”) rispetto a quelli della depressione che sono più numerosi. È semplice: è sufficiente moltiplicare il punteggio ottenuto dalla somma della somma degli item dell'ansia (2,3,5,6) per 1,5. Quindi per esempio se il punteggio è 12 diventa 18, se è 16 diventa 24, se 20 diventa 30.

- Se i punteggi **2,3,5 e 6** sono più alti rispetto a quelli della depressione, si può **dire alla persona** *“le faremo ulteriori domande in modo tale che possiamo stabilire bene con lei il tipo di percorso che può essere più vantaggioso”.*

**[Procedere con la scala ZUNG]**

- Se sono più alti i punteggi 1,4,7,8,9,10, si può **dire alla persona** una frase del tipo *“dalle prime domande si evidenzia un problema dell'umore, molto comune in questo periodo, che cercheremo di approfondire meglio con alcune domande”*

**[Procedere con il PHQ-9]**

## Scala ZUNG ANSIA

ITEM	<i>raramente</i>	<i>qualche volta</i>	<i>spesso</i>	<i>quasi sempre</i>
Si sente più nervoso/a e ansioso/a del solito	1	2	3	4
Ha paura senza motivo	1	2	3	4
Si agita ed è presa dal panico facilmente	1	2	3	4
Si sente a pezzi, si sente crollare	1	2	3	4
<b>Sente che tutto va bene, che non succederà mai niente</b>	4	3	2	1
Le tremano le gambe e le braccia	1	2	3	4
Soffre di cefalea e di dolori al collo e/o alla schiena	1	2	3	4
Si sente debole e si stanca facilmente	1	2	3	4
<b>Si sente calmo/a e può stare seduto/a tranquillo/a</b>	4	3	2	1
Sente il cuore che le batte forte	1	2	3	4
È tormentato/a da sensazioni di vertigini	1	2	3	4
Le sembra di stare per svenire	1	2	3	4
<b>Respira facilmente</b>	4	3	2	1
Avverte formicolii e intorpidimenti alle dita delle mani e dei piedi	1	2	3	4
Soffre di dolori di stomaco e di cattiva digestione	1	2	3	4
Ha bisogno di urinare spesso	1	2	3	4
<b>Le sue mani sono generalmente calde e asciutte</b>	4	3	2	1
La sua faccia diviene facilmente rossa e calda	1	2	3	4
<b>Si addormenta facilmente e si sveglia riposato/a</b>	4	3	2	1
Ha degli incubi notturni	1	2	3	4

Per il cut-off presenza/assenza di ansia (punteggio=40) si è fatto riferimento a Dunstan & Scott, 2020.  
Per definire ansia marcata o grave (punteggio  $\geq$  60) a Zung, 1971.

Scrivere qui il punteggio | \_ | \_ |

**PUNTEGGIO inferiore a 40.** Comunicare che "si tratta di una sofferenza psicologica con prevalenti sintomi ansiosi per la quale saranno utili informazioni sull'ansia, tecniche di rilassamento e respirazione consapevole".

**PUNTEGGIO tra 40 e 59.** Comunicare che "è presente uno stato d'ansia da considerarsi come moderato e per il quale sono utili informazioni specifiche e un breve corso intensivo".

**PUNTEGGIO uguale o superiore a 60.** Comunicare che "si tratta di uno stato d'ansia per il quale si propone un programma tramite piattaforma internet con uno psicologo. Se preferisce può avere anche accesso al Centro di Salute Mentale".

## PHQ-9 DEPRESSIONE

PHQ-9, adattato per la versione telefonica.

Nel corso delle ultime due settimane con quale frequenza è stato infastidito da qualcuno dei seguenti problemi:	<i>mai</i>	<i>diversi giorni</i>	<i>più della metà dei giorni</i>	<i>quasi tutti i giorni</i>
Poco interesse o piacere nel fare le cose	0	1	2	3
Sentirsi giù, depresso o senza speranza	0	1	2	3
Problemi nell'addormentarsi, o nel rimanere addormentato, o dormire troppo	0	1	2	3
Sensazione di stanchezza o di poca energia	0	1	2	3
Poco appetito o eccesso di alimentazione	0	1	2	3
Sentirsi arrabbiato con se stesso, o di essere un fallimento, o di avere danneggiato se stesso o la sua famiglia	0	1	2	3
Difficoltà di concentrazione in cose come leggere il giornale o guardare la televisione	0	1	2	3
Movimenti o parola talmente lenti da poter essere stati notati da altre persone. O al contrario essere talmente irrequieto ed instancabile da muoversi molto più del solito	0	1	2	3
Pensare che sarebbe stato meglio essere morto o farsi del male in qualche modo	0	1	2	3

**Il punteggio di 10 è il cut-off ottimale per evidenziare depressione di rilevanza clinica, con tre diversi livelli di gravità a seconda del punteggio.**

**Scrivere qui il punteggio | \_ |**

Punteggio 0-4: Depressione Assente

Punteggio 5-9: Depressione sotto-soglia

**Punteggio 10-14: Depressione Maggiore Lieve**

**Punteggio 15-19: Depressione Maggiore Moderata**

**Punteggio >19: Depressione Maggiore Severa**

## B. POPOLAZIONE A RISCHIO

### Domande per SOCCORRITORI

Può dirmi se ha avuto problemi psicologici in passato da richiedere un intervento?  sì  no

Se sì, può dirmi come li ha affrontati?  psicofarmaci  psicoterapia  altro

Adesso le dico una serie di problemi di natura psicologica che le persone possono riscontrare in una situazione come la sua. Mi dice quali dei seguenti sintomi sono presenti in quest'ultimo periodo?

- a) Ansia (sensazione di pericolo e di minaccia, anche se senza motivo)
- b) Ricordo intrusivo e ripetuto di un evento spiacevole o pericoloso o doloroso
- c) Disturbi del sonno
- d) Presenza di incubi notturni
- e) Presenza di tristezza profonda e non motivata
- f) Instabilità dell'umore
- g) Disturbi fisici quali dolori muscolari, disturbi gastrici, intestinali, toracici, cefalea
- h) Irritabilità
- i) Difficoltà nel controllo della rabbia
- j) Abuso di alcol
- k) Uso di droghe
- l) Sentimenti di inutilità e di disperazione
- m) Disturbi della memoria e della concentrazione
- n) Sensazione di irrealtà
- o) Pensieri pessimistici su stesso e sul futuro
- p) Diminuzione degli interessi
- q) Aumento della vigilanza, come se dovesse proteggersi da un pericolo incombente

I disturbi di cui mi ha riferito sono insorti:  all'improvviso  progressivamente

A suo parere i disturbi sono collegati alla sua professione di soccorritore nell'attuale pandemia?

per niente  poco  abbastanza  molto  moltissimo

Sulla base delle risposte che ci ha dato come posso aiutarla?

.....  
.....

→ Sulla base delle risposte

può essere utile un'ulteriore valutazione tramite altri strumenti di valutazione (es. DASS-21; Scala di impatto dell'Evento) in modo da formulare un intervento più strutturato.

Si dice che una reazione emozionale intensa, consistente in ansia, preoccupazione, attivazione somatica, deflessione dell'umore, è normale, nel senso che riguarda la maggior parte delle persone sottoposte a stress intenso.

## A2. Scala di Impatto dell'Evento – Rivista

(Impact of Event Scale – Revised; IES-R)

Daniel S. Weiss & Charles R. Marmar, 1996; Traduzione e adattamento di M. Giannantonio, 2003

Nome e Cognome: .....

Data: .....

Descriva brevemente l'evento traumatico:

.....  
.....  
.....  
.....

**Istruzioni:** la seguente è una lista di difficoltà che le persone hanno talvolta in seguito ad eventi stressanti della vita. Per ogni frase indichi quanto l'ha coinvolta ognuna delle difficoltà in questione *relativamente agli ultimi sette giorni*.

### Quanto è stato coinvolto da queste difficoltà?

(Le risposte che saranno lette alle fine della domanda sono: per niente, poco, moderatamente, abbastanza, estremamente)

1 per niente; 2 poco; 3 moderatamente; 4 abbastanza; 5 estremamente

1. Ogni cosa che me lo ricordava mi faceva vivere emozioni relative ad esso	1	2	3	4	5
2. Ho avuto difficoltà a restare addormentato	1	2	3	4	5
3. Altre cose hanno continuato a farmici pensare	1	2	3	4	5
4. Mi sono sentito irritabile ed arrabbiato	1	2	3	4	5
5. Ho evitato di lasciarmi sconvolgere quando ci ho pensato o mi è stato ricordato	1	2	3	4	5
6. Ci ho pensato senza averne l'intenzione	1	2	3	4	5
7. Ho avuto la sensazione che non fosse successo o non fosse reale	1	2	3	4	5
8. Sono stato lontano da cose che potevano ricordarmelo	1	2	3	4	5
9. Le immagini di esso mi entravano nella mia mente all'improvviso	1	2	3	4	5
10. Sono stato nervoso e mi sono spaventato facilmente	1	2	3	4	5
11. Ho cercato di non pensarci	1	2	3	4	5
12. Sono stato consapevole di avere ancora molte emozioni su di esso, ma non sono riuscito a gestirle	1	2	3	4	5
13. Le mie emozioni riguardo ad esso sono state una specie di intontimento	1	2	3	4	5
14. Mi sono ritrovato a comportarmi o a provare emozioni come se fossi ritornato indietro a quel momento	1	2	3	4	5
15. Ho avuto difficoltà ad addormentarmi	1	2	3	4	5
16. Ho provato ondate di forti emozioni relative ad esso	1	2	3	4	5
17. Ho cercato di rimuoverlo dalla memoria	1	2	3	4	5

18. Ho avuto difficoltà a concentrarmi	1	2	3	4	5
19. Cose che me lo hanno fatto ricordare mi hanno provocato reazioni fisiche come sudorazione, difficoltà a respirare, nausea o accelerazione del cuore	1	2	3	4	5
20. Ho fatto sogni su di esso	1	2	3	4	5
21. Mi sono ritrovato ad essere guardingo e vigilante rispetto all'ambiente o alle persone	1	2	3	4	5
22. Ho cercato di non parlarne	1	2	3	4	5

### SCORING SCALA IES-R

---

Subscala Evitamento = media degli item 5,7,8,11,12,13,17,22

Subscala Intrusività = media degli item 1,2,3,6,9,14,16,20

Subscala Iperarousal = media degli item 4,10,15,18,19,21

**Un punteggio totale alla IES-R di 33 o superiore su un punteggio massimo di 88 significa la probabile presenza di un PTSD.**

## A3. DASS-21

Henry J.D. and Crawford J.R. (2005).

Per favore, legga ogni frase e poi indichi con quale frequenza la situazione descritta si è verificata negli ultimi sette giorni. Esprima la sua valutazione facendo un segno sul numero 0, 1, 2 o 3 secondo la scala di valutazione seguente. Tenga presente che non esistono risposte giuste o sbagliate. Non impieghi troppo tempo per rispondere a ciascuna affermazione, spesso la prima risposta è la più accurata. Grazie per la sua preziosa disponibilità e collaborazione.

La scala di valutazione è la seguente:

0	1	2	3
Non mi è mai accaduto	Mi è capitato qualche volta	Mi è capitato con una certa frequenza	Mi è capitato quasi sempre

1	Ho provato molta tensione e ho avuto difficoltà a recuperare uno stato di calma	0	1	2	3
2	Mi sono accorto di avere la bocca secca	0	1	2	3
3	Non riesco proprio a provare delle emozioni positive	0	1	2	3
4	Mi sono sentito molto in affanno con difficoltà a respirare (per es. respiro molto accelerato, sensazione di forte affanno in assenza di sforzo fisico)	0	1	2	3
5	Ho avuto un'estrema difficoltà nel cominciare quello che dovevo fare	0	1	2	3
6	Ho avuto la tendenza a reagire in maniera eccessiva alle situazioni	0	1	2	3
7	Ho avuto tremori (per es. alle mani)	0	1	2	3
8	Ho sentito che stavo impiegando molta energia nervosa	0	1	2	3
9	Ho temuto di trovarmi in situazioni in cui sarei potuto andare nel panico e rendermi ridicolo	0	1	2	3
10	Non vedo nulla di buono nel mio futuro	0	1	2	3
11	Mi sono sentito stressato	0	1	2	3
12	Ho avuto difficoltà a rilassarmi	0	1	2	3
13	Mi sono sentito scoraggiato e depresso	0	1	2	3
14	Non riesco a tollerare per nulla eventi o situazioni che mi impedivano di portare avanti ciò che stavo facendo	0	1	2	3
15	Ho sentito di essere vicino ad avere un attacco di panico	0	1	2	3
16	Non c'era nulla che mi dava entusiasmo	0	1	2	3
17	Sentivo di valere poco come persona	0	1	2	3
18	Mi sono sentito piuttosto irritabile	0	1	2	3
19	Ho percepito distintamente il battito del mio cuore senza aver fatto uno sforzo fisico (per es. battito cardiaco accelerato o perdita di un battito)	0	1	2	3
20	Mi sono sentito spaventato senza ragione	0	1	2	3
21	Sentivo la vita priva di significato	0	1	2	3



## A4. Lista dei problemi

---

La lista di problemi serve per orientare le persone a individuare quali sono quelli che per loro implicano maggiori difficoltà.

La persona può essere aiutata facendogli **valutare ogni problema da 1 a 10** dove 1 è trascurabile e 10 di massima importanza; può anche modificare il punteggio se ha un ripensamento mentre l'operatore glieli elenca.

LISTA PROBLEMA	P
1) Le riesce difficile stare solo	
2) Ha difficoltà a impiegare il tempo durante la giornata	
3) Ha grossi problemi ad adattarsi a questo cambiamento	
4) Ha difficoltà a distrarsi dal controllare ripetutamente le informazioni sul coronavirus	
5) Le riesce difficile non pensare in modo rovinoso a questa epidemia	
6) È molto preoccupato per la sua salute fisica	
7) Ha difficoltà con il sonno (prendere sonno, dormire la notte)	
8) Ha difficoltà a gestire la tensione, il respiro affannoso	
9) Le riesce difficile controllare il numero di sigarette	
10) Le riesce difficile controllare il consumo di alcol	
11) Le riesce difficile controllare il consumo di alimenti	
12) Le riesce difficile controllare la rabbia	
13) Ha difficoltà nei rapporti sentimentali	
14) Ha difficoltà nei rapporti con gli amici	
15) Ha difficoltà nei rapporti con i familiari che vivono con lei	
16) Ha difficoltà nei rapporti con il vicinato	
17) Ha preoccupazioni per il lavoro	
18) Ha preoccupazioni di carattere economico	
19) Ha qualche altra preoccupazione o problema di cui non abbiamo parlato? Se sì, scrivere:	

## A5. Suggerimenti per l'autogestione dell'ansia

---

Raccomandazioni elaborate dall'ISS da fonte OMS

disponibili all'indirizzo <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-gestione-stress>

Evitare che la paura si trasformi in angoscia.

È naturale avvertire paura. La paura è una emozione fondamentale dell'uomo. Senza la paura la specie umana si sarebbe estinta. Dobbiamo evitare che diventi eccessiva e ci paralizzi.

Anche tristezza, angoscia e perfino il panico, sono risposte emotive comprensibili che spesso derivano da valutazioni poco realistiche.

Gli stessi pensieri catastrofici ci assalgono quando siamo più vulnerabili, come nei momenti di inattività o durante la notte.

Quando la minaccia è visibile, in molti casi fuggiamo e ci allontaniamo dalla minaccia.

Quando è invisibile come in questo caso, sembra che non possiamo fare niente.

Invece, proprio per questo motivo, già abbiamo fatto la prima cosa importante, cioè restare a casa.

Ci siamo già allontanati dalla minaccia.

Ma possiamo fare ancora di più.

Accettare che si vive in questo momento in queste condizioni, perché non possiamo fare altro di meglio adesso.

E riflettere che **NOI SIAMO QUELLO CHE PENSIAMO**.

Le nostre reazioni emotive e comportamentali dipendono anche dal modo in cui percepiamo e immaginiamo le cose.

Oltre all'intervento che faremo impariamo perciò a dirottare il pensiero su cose che ci danno piacere, distraiamo la mente impegnandoci in attività concrete che possiamo coltivare come telefonare, chattare, scrivere mail o videochiamare parenti e amici, cucinare, curare le piante, leggere, ascoltare musica, vedere film, serie televisive, occuparci degli animali domestici se ne abbiamo. Consigliamo di informarsi sull'epidemia due volte al giorno, al mattino e in prima serata. Poi distraetevi con altro, come film, o programmi televisivi di varietà o altro.

Consigliamo anche di informarsi su quali programmi sul Coronavirus sono attendibili: è semplice. Basta controllare che siano esperti di Istituti Tecnico-Scientifici come ad esempio in Italia l'Istituto Superiore di Sanità, il Centro Nazionale Ricerche, di Istituti di Ricoveri a carattere scientifico, di Ospedali famosi e accreditati, di scienziati che operano presso istituti riconosciuti a livello internazionale.

### Suggerimenti per mamma e papà

“Se hai cura del tuo benessere psico-fisico, hai contemporaneamente cura del tuo bambino”

In questo periodo di isolamento forzato, anche alle mamme e ai papà che hanno neonati e bambini molto piccoli è stato chiesto di cambiare il proprio stile di vita e di restare a casa insieme ai più piccoli.

È un tempo che viene regalato, del quale si può approfittare per godere della presenza dei nostri cari e scoprirli in una quotidianità inusuale. Può accadere anche che questo periodo riveli la nostra vulnerabilità e tante paure e ansie, che sono tipiche di una neo mamma o neo papà, emergano in modo esagerato e incontrollato.

Potrebbe capitare di sentirsi tristi, stressati o confusi o potrebbe capitare di avere paura di non riuscire a proteggere i propri piccoli.

Ecco allora qualche suggerimento per le mamme e i papà con un **neonato**:

- mettiamo il bambino sulla pancia e ascoltiamo una bella musica rilassante e mentre cocchiamo il nostro bimbo cerchiamo di respirare lentamente: ci rilasseremo entrambi
- cerchiamo di fare lunghe docce rilassanti ed esercizi di respirazione, soprattutto la sera prima di andare a dormire
- prendiamoci cinque minuti, chiudiamo gli occhi e concediamoci una vacanza mentale dove vogliamo
- se possibile trascorriamo qualche momento all'aria aperta con il bimbo
- prolunghiamo il momento del cambio pannolino con un piacevole massaggio al nostro bambino
- non dobbiamo preoccuparci in modo eccessivo di non trovare attività stimolanti per i nostri figli: la relazione con noi è ciò che li appaga di più
- cerchiamo di prenderci piccoli spazi per noi quando il bambino dorme: leggiamo un buon libro, occupiamoci di noi, cerchiamo di dormire a nostra volta o anche solo di riposare
- abbiamo cura del nostro aspetto: vestiamoci bene, dedichiamo del tempo al trucco
- ascoltiamo buona musica
- balliamo con in braccio il nostro bimbo
- cerchiamo di seguire una corretta alimentazione, con cibi naturali e freschi
- non trascuriamo le nostre esigenze: nostro figlio è importante, ma prima ci siamo noi. Se non stiamo bene, il piccolo potrebbe soffrirne e noi sentirci peggio
- utilizziamo registrazioni con i suoni della natura, da ascoltare mentre facciamo addormentare il bambino
- non sentiamoci colpevoli dei sentimenti di inadeguatezza che potremmo provare, i pensieri negativi si possono cambiare e non ci impediranno di essere una brava madre o un bravo papà
- lasciamo al nostro partner momenti esclusivi col bimbo
- se abbiamo delle preoccupazioni cerchiamo di limitarle a un solo momento nell'arco della giornata: quindici minuti quando il bimbo dorme. Può aiutare prenderne nota per iscritto.
- ricordiamoci che questa situazione d'emergenza è passeggera
- manteniamo un pensiero basato sulla realtà
- non prendiamo qualsiasi sintomo fisico come un segnale di una malattia più grave
- osserviamo i nostri bimbi per scoprire quali progressi stanno facendo.

Ed ecco qualche suggerimento per mamme e papà con un **bimbo di 1-3 anni**:

- cerchiamo di dare una struttura regolare alla giornata
- se il bimbo gattona o ha iniziato a camminare favoriamo queste attività estremamente gratificanti per lui
- se possibile, passiamo del tempo insieme all'aria aperta
- alterniamo attività movimentate (come lotta con i cuscini, ginnastica per terra, ballare insieme) ad attività più rilassanti (un disegno, le costruzioni, la lettura di fiabe), a momenti in cui non offriamo alcuna stimolazione ma incoraggiamo la sua autonomia
- facciamo insieme biscotti e torte o un lavoretto: lasciamo che ci aiuti in semplici attività
- osserviamo il nostro piccolo, cercando di capire quale attività predilige
- parliamogli tanto, insegnandogli nuove parole
- coinvolgiamo il nostro partner in attività col bimbo
- facciamo chiamate e videochiamate con parenti e amici
- Se ci sentiamo comunque tristi e scoraggiati e pensiamo di avere bisogno di aiuto, non esitiamo a chiederlo, rivolgendoci al medico curante e al pediatra.

# Rapporti ISS COVID-19

Accessibili da <https://www.iss.it/rapporti-covid-19>

1. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni.  
*Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e della assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19.* Versione del 7 marzo 2020.  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 1/2020)
2. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni.  
*Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2.* Versione del 28 marzo 2020.  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 2 Rev./2020)
3. Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Gestione dei Rifiuti.  
*Indicazioni ad interim per la gestione dei rifiuti urbani in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2.* Versione del 31 marzo 2020.  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 3 Rev./2020)
4. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni.  
*Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie.* Versione del 17 aprile 2020.  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 4/2020 Rev.)
5. Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Qualità dell'aria indoor.  
*Indicazioni ad interim per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2.* Versione del 21 aprile 2020.  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 5/2020 Rev.)
6. Gruppo di lavoro ISS Cause di morte COVID-19.  
*Procedura per l'esecuzione di riscontri diagnostici in pazienti deceduti con infezione da SARS-CoV-2.* Versione del 23 marzo 2020.  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 6/2020).
7. Gruppo di lavoro ISS Biocidi COVID-19 e Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Rifiuti COVID-19.  
*Raccomandazioni per la disinfezione di ambienti esterni e superfici stradali per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2.* Versione del 29 marzo 2020.  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 7/2020).
8. Osservatorio Nazionale Autismo ISS.  
*Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2.* Versione del 30 marzo 2020.  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 8/2020).
9. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente – Rifiuti COVID-19.  
*Indicazioni ad interim sulla gestione dei fanghi di depurazione per la prevenzione della diffusione del virus SARS-CoV-2.* Versione del 3 aprile 2020.  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 9/2020).
10. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente-Rifiuti COVID-19.  
*Indicazioni ad interim su acqua e servizi igienici in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2* Versione del 7 aprile 2020.  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 10/2020).

11. Gruppo di Lavoro ISS Diagnostica e sorveglianza microbiologica COVID-19: aspetti di analisi molecolare e sierologica  
*Raccomandazioni per il corretto prelievo, conservazione e analisi sul tampone oro/nasofaringeo per la diagnosi di COVID-19. Versione del 7 aprile 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 11/2020).
12. Gabbrielli F, Bertinato L, De Filippis G, Bonomini M, Cipolla M.  
*Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19. Versione del 13 aprile 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 12/2020).
13. Gruppo di lavoro ISS Ricerca traslazionale COVID-19.  
*Raccomandazioni per raccolta, trasporto e conservazione di campioni biologici COVID-19. Versione del 15 aprile 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 13/2020).
14. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19.  
*Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone con enzimopenia G6PD (favismo) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2. Versione del 14 aprile 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 14/2020).
15. Gruppo di lavoro ISS Farmaci COVID-19.  
*Indicazioni relative ai rischi di acquisto online di farmaci per la prevenzione e terapia dell'infezione COVID-19 e alla diffusione sui social network di informazioni false sulle terapie. Versione del 16 aprile 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 15/2020).
16. Gruppo di lavoro ISS Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare COVID-19.  
*Animali da compagnia e SARS-CoV-2: cosa occorre sapere, come occorre comportarsi. Versione del 19 aprile 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 16/2020).
17. Gruppo di lavoro ISS Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare COVID-19.  
*Indicazioni ad interim sull'igiene degli alimenti durante l'epidemia da virus SARS-CoV-2. Versione del 19 aprile 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 17/2020).
18. Gruppo di lavoro ISS Ricerca traslazionale COVID-19.  
*Raccomandazioni per la raccolta e analisi dei dati disaggregati per sesso relativi a incidenza, manifestazioni, risposta alle terapie e outcome dei pazienti COVID-19. Versione del 26 aprile 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 18/2020).
19. Gruppo di lavoro ISS Biocidi COVID-19.  
*Raccomandazioni ad interim sui disinfettanti nell'attuale emergenza COVID-19: presidi medico-chirurgici e biocidi. Versione del 25 aprile 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 19/2020).
20. Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni.  
*Indicazioni per la sanificazione degli ambienti interni per prevenire la trasmissione di SARS-COV 2. Versione dell'8 maggio 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 20/2020).
21. Ricci ML, Rota MC, Scaturro M, Veschetti E, Lucentini L, Bonadonna L, La Mura S.  
*Guida per la prevenzione della contaminazione da Legionella negli impianti idrici di strutture turistico recettive e altri edifici ad uso civile e industriale, non utilizzati durante la pandemia COVID-19. Versione del 3 maggio 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 21/2020).

22. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19  
*Indicazioni ad interim per la gestione dello stress lavoro-correlato negli operatori sanitari e socio-sanitari durante lo scenario emergenziale SARS-COV-2. Versione del 7 maggio.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 22/2020)
  
23. 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. Versione del 6 maggio 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 23/2020).