

## L'impatto del Covid-19 sugli operatori sanitari e i rischi connessi

Giulia Zabagli

Nella narrazione pubblica della pandemia non vi è dubbio che il simbolo della lotta al Covid-19 siano state le donne: lo testimoniano le tante immagini, divenute ormai celebri, delle professioniste esauste, addormentate sopra le tastiere dei pc o segnate dalle mascherine indossate per un tempo troppo lungo. Lo documentano anche i riconoscimenti pubblici, come i Cavalierati con cui il Presidente della Repubblica ha premiato l'impegno di quante si sono distinte non solo per le loro abilità cliniche, ma anche per l'umanità e l'empatia verso i malati. Allo stesso tempo, la pandemia di Covid-19 ha impattato pesantemente sugli operatori sanitari, specie quelli impegnati in prima linea per combatterla. Stando ai dati dell'Istituto Superiore di Sanità (2021), da inizio pandemia alla metà di aprile 2021 sono stati contagiati 130.849 operatori, per il 70,2% donne, con una concentrazione maggiore nelle fasce di età 50-59 (30,2%) e 40-49 (26,7%). I deceduti ammontarono a 316 unità: in questo caso furono gli uomini ad essere maggioranza (69,6%) e la fascia d'età più colpita è stata quella che coinvolge gli operatori tra 60 e 69 anni (42,5%).

Da un confronto temporale (marzo 2020-aprile 2021), si è potuto osservare una crescita costante dei contagi e dei decessi in corrispondenza dei picchi pandemici. Più o meno stabili risultavano, invece, le differenze di genere sia in relazione ai contagi, che hanno riguardato in modo costantemente maggiore le donne (essendo del resto queste la maggioranza tra gli operatori), sia in relazione ai decessi che, per contro, hanno colpito in misura più significativa gli uomini. Successivi dati dell'INAIL (2021), basati sulle denunce di infortuni, scendevano più nel dettaglio in relazione all'attività svolta e al genere, evidenziando come fossero i tecnici della salute a registrare il maggior numero di denunce, con il 42,0% sul totale di quelle pervenute per Covid, a

fronte di un 6,3% di medici e un 5,0% da parte delle lavoratrici non qualificate nei servizi di istruzione e sanitari (di cui l'84,2% era rappresentato dalle ausiliarie ospedaliere e sanitarie). Tra le figure professionali più colpite vi erano le infermiere (l'81,1% sul totale delle denunce pervenute all'INAIL è per Covid), seguivano le operatrici socio-sanitarie, con il 22,4% dei casi, e, con l'8,9%, le lavoratrici qualificate nei servizi personali e assimilati. Per quanto riguardava i decessi femminili per Covid-19, la categoria più colpita è stata quella dei tecnici della salute, con un caso ogni quattro denunce: il 70% erano infermiere. Seguivano le operatrici socio-sanitarie con il 14,1% dei casi e le operatrici socio-assistenziali con il 12,8%.

Accanto a ricadute sul piano fisico, il Covid ha minato anche la salute mentale degli operatori, tanto che minimizzare questo impatto rappresenta tuttora una sfida importante per i sistemi sanitari di tutto il mondo. L'esposizione a condizioni stressanti è associata, del resto, all'insorgenza di disturbi di salute mentale (quali ansia, sintomi depressivi, esaurimento emotivo, insonnia, *burnout*) che potrebbero degenerare in disturbi da stress post traumatico di tipo cronico<sup>1</sup> e che a loro volta appaiono correlati ad un peggioramento della qualità dell'assistenza, all'aumento degli errori professionali e, in definitiva, ad una ridotta capacità lavorativa<sup>2</sup>.

In relazione all'impatto psicologico, la letteratura oggi disponibile individua alcune condizioni che favoriscono l'insorgenza dei disturbi e distingue tra fattori "protettivi" e fattori "predittivi"<sup>3</sup>.

Come osservato anche in seguito di precedenti eventi pandemici (quali ad esempio l'epidemia di SARS nel 2003), secondo tali stu-

---

<sup>1</sup> G. Salazar de Pablo et al., *Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: systematic review and meta-analysis*, in «Journal of Affective Disorder», 275, 2020, pp. 48-57.

<sup>2</sup> M.M. Ruitenburg et al., *The prevalence of common mental disorders among hospital physicians and their association with self-reported work ability: a cross-sectional study*, in «BMC Health Services Research», XII, 2012, pp. 292-298.

<sup>3</sup> V. Lenzo et al., *Depression, Anxiety, and Stress Among Healthcare Workers During the COVID-19 Outbreak and Relationships With Expressive Flexibility and Context Sensitivity*, in «Frontiers Psychology», XII, 2021, pp. 1-9; S. Hummel et al., *Mental Health Among Medical Professionals During the COVID-19 Pandemic in Eight European Countries: Cross-sectional Survey Study*, in «Journal of Medical Internet Research», XXIII, 1, pp. 1-12.

di sarebbe possibile identificare una serie di fattori che proteggono dall'emergere della sintomatologia descritta, come pure fattori che, invece, ne aumentano il rischio di insorgenza. Tra i primi vengono annoverati la dotazione sufficiente di risorse mediche e sanitarie, il possesso di informazioni accurate e aggiornate, l'adozione di misure precauzionali sia a livello individuale (dispositivi di sicurezza), sia a livello organizzativo (capacità di riorganizzare i reparti in base all'emergenza sanitaria). Tra i fattori predittivi vengono invece inclusi l'inesperienza (quindi in un certo qual modo la più giovane età), l'essere in prima linea nella lotta alla malattia, il mancato possesso della capacità di adattamento alle situazioni stressanti. Viene inoltre evidenziato come l'eccessivo carico di lavoro, la paura del contagio, la sensazione costante di essere sotto pressione, la mancanza di farmaci specifici e l'isolamento dalla comunità siano tra le principali cause responsabili dell'insorgenza delle patologie descritte.

Gli studi segnalano però un differente impatto psicologico della pandemia sugli operatori a seconda:

- del ruolo professionale rivestito: il personale medico mostra un minor rischio di sviluppare disturbi psicologici rispetto agli altri operatori sanitari;
- della prossimità con i malati Covid: chi è in prima linea percepisce un rischio maggiore di contrarre il virus, con un conseguente aumento dei livelli di ansia e di stress;
- dell'età: gli operatori più giovani, anche in virtù della loro minore esperienza professionale, manifestano una minore propensione nella gestione delle situazioni stressanti;
- delle caratteristiche individuali e, in particolare, della capacità di adattamento all'ambiente, che a sua volta dipende dalla capacità di potenziare o sopprimere in modo flessibile l'emotività in base alle richieste contestuali: in altre parole, la “resilienza”<sup>4</sup>;
- della possibilità di ricevere sostegno sia attraverso sportelli e servizi dedicati messi a disposizione dalle strutture di appartenenza, sia attraverso l'attivazione di misure e di strumenti di policy in grado di alleggerire la situazione al di fuori dei contesti di lavoro;
- del genere: le donne sarebbero più esposte, come vedremo nelle pagine che seguono.

---

<sup>4</sup> V. Lenzo et al., *op. cit.*

I dati presentati sembrerebbero suggerire come l'attuale crisi pandemica stia viaggiando sul solco di un percorso già tracciato, riproducendo disuguaglianze sul piano del genere e colpendo in modo più significativo le operatrici sanitarie rispetto ai colleghi maschi. Il dato non stupisce se si considera come, nonostante il costante incremento della componente femminile nel settore, poco sia stato fatto per "femminilizzarlo", per renderlo cioè più compatibile con la presenza delle donne. Il settore sanitario e dell'assistenza resta infatti fortemente maschile, non solo perché gli uomini continuano a detenere in maggioranza le posizioni apicali, ma anche perché gli ambienti lavorativi persistono nell'essere plasmati intorno alla figura dell'operatore maschio: i turni di lavoro, l'accesso all'occupazione a tempo pieno, così come, banalmente, la progettazione dell'equipaggiamento protettivo, vengono pensati per una popolazione composta da uomini.

Le ricerche in atto sembrano dunque confermare come la pandemia da Covid-19 stia riproducendo le disuguaglianze e stia esercitando pressioni maggiori sulle donne: suggeriscono altresì come la scarsa attenzione a questi aspetti, e dunque la mancata adozione di "una lente di genere" per orientare i processi trasformativi, possa rischiare di riprodurre le disuguaglianze e di rendere invisibili i bisogni specifici del personale femminile, conducendo ad esiti critici nel medio periodo anche in termini di efficacia ed efficienza dei sistemi di cura. Ma una crisi offre sempre la preziosa opportunità di ricostruire sistemi più equi. E qualcosa da questo punto di vista si potrebbe fare.

Lo lasciano intendere le stesse operatrici sanitarie nella recente pubblicazione *La sanità che vogliamo*<sup>5</sup>, un progetto in cui vengono fissate alcune priorità volte ad un cambiamento strutturale del sistema salute. La proposta analizza criticamente le carenze esistenti e prospetta percorsi di cambiamento, per una sanità orientata dalle donne che ispiri e prepari la formazione delle nuove generazioni. Nel documento, le donne auspicano la necessità di un cambio di rotta, rivendicando la loro capacità di organizzarsi e di incidere su luoghi, saperi, competenze semplici e specialistiche nel complesso mondo della salute. Le operatrici sanitarie, nel rimarcare i limiti (portati alla luce anche

---

<sup>5</sup> S. Morano (a cura di), *La sanità che vogliamo. Le cure orientate dalle donne*, Morretti&Vitali Editori, Bergamo 2021.

dalla pandemia) puntano, tra l'altro, sulla multidisciplinarietà e sulla contaminazione dei saperi, nella consapevolezza che per cambiare il modello di governo della salute non si possa procedere per compartimenti stagni. Questa idea progettuale non mira evidentemente alla femminilizzazione fine a se stessa, e dunque al ribaltamento dell'attuale squilibrio di potere legato al genere, ma tenta di favorire l'implementazione di una diversa visione del lavoro di cura (che sempre più sarà svolto da donne nel futuro) che tenga conto del ruolo del genere nelle pratiche quotidiane, nei modelli organizzativi, nei luoghi di cura e in quelli di professionalismo che si andranno sviluppando. È altresì fin troppo evidente come, affinché tale trasformazione possa avvenire con successo, sarà necessario il sostegno delle politiche pubbliche nel promuovere un nuovo orientamento culturale basato sulla condivisione delle responsabilità familiari e nell'adottare misure orientate alla conciliazione tra l'attività professionale e la vita privata, favorendo così il pieno sviluppo delle carriere femminili.

Monitoraggio sugli operatori sanitari risultati positivi al Covid-19 dall'inizio dell'epidemia fino al 30 aprile 2020: studio retrospettivo in sette regioni italiane

L'emergenza sanitaria correlata alla pandemia da SARS-CoV-2, oltre ad aver determinato una perdita insanabile di vite umane, rappresenta una situazione di emergenza globale, sociale e lavorativa. L'INAIL, nell'ambito delle diverse funzioni assicurative, di prevenzione e di ricerca, ha messo in atto una serie di iniziative con l'obiettivo di garantire una tutela globale della salute e della sicurezza dei lavoratori nel momento emergenziale della pandemia. Il documento di questo monitoraggio affronta il tema del contagio tra gli operatori sanitari e fotografa la prima fase dell'epidemia, dall'inizio fino a fine aprile 2020, quando la comparsa di un agente virale e di una patologia del tutto nuovi e sconosciuti hanno determinato serie difficoltà per il sistema sanitario in termini di diagnosi, tracciamento e trattamento dei casi. Il personale sanitario, fin dall'inizio, ha svolto un ruolo cruciale nella gestione dell'epidemia, sia perché ha dovuto affrontare in prima linea la cura dei pazienti infetti, con il conseguente maggior rischio a cui

è stato esposto, sia perché ha dovuto assicurare la piena implementazione delle misure di prevenzione e controllo per il contenimento del contagio. Tali elementi hanno fatto sì che l'inizio dell'epidemia sia stato caratterizzato da un'elevata diffusione di contagi tra gli operatori sanitari, con percentuali rispetto ai casi registrati nella popolazione generale molto elevate e tali da far registrare solo dopo svariate settimane una riduzione, fino ad un assestamento della percentuale intorno al 3-4%. Tale riduzione della curva dei contagi potrebbe essere dovuta, oltre che in generale al miglioramento delle conoscenze in tale ambito e a una acquisita consapevolezza, anche a un potenziamento delle politiche di testing e a una più mirata attuazione delle misure di prevenzione e protezione, anche sulla base delle evidenze scientifiche che si sono andate consolidando.

A partire da gennaio 2021, si è aggiunto progressivamente l'effetto benefico derivante dalla campagna vaccinale, che ha contribuito a ridurre ulteriormente l'incidenza tra gli operatori sanitari, rafforzando quindi il ruolo della vaccinazione di massa quale via di uscita dalla pandemia. La pubblicazione, frutto di un lavoro tecnico di ricerca condotto dall'INAIL, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), è stata condivisa con il Comitato Tecnico Scientifico (CTS) istituito presso la Protezione Civile, al quale i due Istituti partecipano.

Globalmente, secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), alla data del 28 febbraio 2021 si registravano nel mondo 113.472.187 casi confermati di COVID-19, di cui il 44% in America e il 34% in Europa. I decessi totali ammontavano a 2.520.653, di cui il 48% in America e il 34% in Europa. Il primo caso di COVID-19 in Italia è stato dichiarato in data 6 febbraio 2020 e da allora, alla data del 4 marzo 2021, risultavano 2.953.120 casi confermati, di cui 96.977 decessi. Gli operatori sanitari hanno svolto un ruolo essenziale nell'ambito del sistema sanitario e nella gestione dell'epidemia, lavorando in prima linea nella cura dei pazienti e assicurando che le misure di prevenzione e controllo fossero implementate con il fine del contenimento dei contagi. Tuttavia, il contatto diretto con i pazienti li ha esposti inevitabilmente ad un maggior rischio di contrarre l'infezione. L'OMS l'8 aprile 2020 registrava 22.073 casi di COVID-19 tra gli operatori sanitari provenienti da 52 paesi. Tuttavia, come la stessa Organizzazione ha sottolineato, tale quantità, a causa dell'assenza di

una raccolta sistematica dei dati relativi alle infezioni nel settore sanitario, comportava una possibile sottostima del numero reale.

In Italia, stando ai dati disponibili sulla base della sorveglianza epidemiologica integrata dell'ISS dall'inizio dell'epidemia al 24 febbraio 2021, erano stati registrati 122.717 casi confermati di operatori sanitari contagiati, di cui 288 decessi. La percentuale rispetto al totale si attestava al 4%, confermando il trend in discesa registrato a partire dal mese di luglio-agosto 2020, quando si erano rilevate percentuali intorno al 12%. Le dimensioni del fenomeno e la sua crescita repentina, che non ha precedenti rispetto alla popolazione lavorativa coinvolta, comporta costi elevatissimi in termini di gestione della sostenibilità del sistema sanitario che si è trovato ad affrontare un rischio nuovo e completamente sconosciuto, con tutte le difficoltà connesse. Sulla base di tale scenario, il Dipartimento di Medicina Epidemiologia Igiene del Lavoro e Ambientale dell'Inail, nell'ambito delle attività istituzionali ed in relazione alle funzioni di organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale, in collaborazione con ISS, nel contesto di un'ampia sinergia di iniziative congiunte messe in atto durante l'emergenza da SARS-CoV-2, ha messo a punto uno studio retrospettivo finalizzato a comprendere meglio l'andamento e le caratteristiche dei contagi fra gli operatori sanitari, con l'obiettivo di offrire informazioni utili di sanità pubblica. Tale studio, che si pone esclusivamente finalità di ricerca, è stato preliminarmente presentato al Comitato Tecnico Scientifico (CTS) nella seduta del 3 aprile 2020 ed è stato approvato nella seduta del 28 aprile 2020.

#### Metodologia dello studio effettuato dall'INAIL

Lo studio ha previsto la raccolta retrospettiva di dati relativi alle infezioni da SARS-CoV-2 negli operatori sanitari mediante il coinvolgimento di tutte le regioni, contattate, con apposito invito, per il tramite dei referenti COVID-19 già identificati per la gestione dei dati trasmessi all'ISS nell'ambito delle attività afferenti alla sorveglianza epidemiologica integrata COVID-19. Le regioni, informate e sensibilizzate durante gli incontri telematici organizzati nel mese di aprile 2020, hanno avuto il compito di raccogliere in forma anonima e attingendo ai dati ammi-

nistrativi in loro possesso, le informazioni riguardanti gli operatori sanitari contagiati dall'inizio dell'epidemia fino alla data del 30 aprile 2020. La raccolta delle statistiche, proprio perché avvenuta prendendo in considerazione i soli dati amministrativi accessibili da tutte le regioni, è stata definita tenendo conto delle informazioni disponibili e verificabili.

L'unità di rilevazione è stata l'operatore sanitario inteso come il personale sanitario che, a vario titolo (anche di volontariato), svolge attività di assistenza ai pazienti sia in ambito comunitario che di ricovero, inclusi medici, infermieri, operatori socio-sanitari, tecnici di laboratorio e tecnici di radiologia. Sono state, inoltre, incluse nella rilevazione anche tutte le figure professionali non direttamente coinvolte nell'attività assistenziale, ma che erano entrate comunque in contatto con i pazienti, come gli addetti all'accettazione e gli addetti ai servizi di cassa e prenotazione. La raccolta dei dati è avvenuta mediante una scheda di rilevazione e un apposito file Excel, con le relative istruzioni operative, inviati alle regioni. In particolare, la scheda di rilevazione, oltre a presentare la descrizione e le finalità dello studio, era composta da due sezioni: la prima, in cui sono state approfondite informazioni socio-demografiche (genere, età, provincia di residenza, ecc.) e professionali (professione, struttura/reparto presso la/il quale opera, rapporto lavorativo, ecc.); la seconda, in cui sono state esplorate informazioni riguardanti il contagio, quali la data della diagnosi, il decorso della malattia (se ricoverato, se ricoverato in terapia intensiva, se deceduto), se identificato come contatto stretto ed eventualmente di chi (ambito lavorativo o extra-lavorativo), le eventuali patologie preesistenti. La raccolta dati è iniziata il 6 maggio 2020 con l'invio degli inviti alle regioni e si è conclusa, dopo alcuni *reminder*, a settembre 2020.

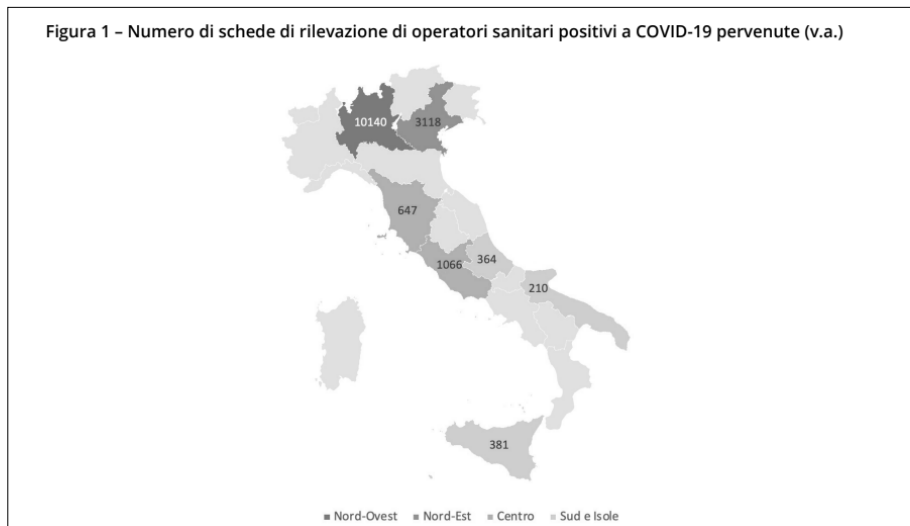
### Analisi dei dati

I dati sono stati analizzati con il software SPSS (software di statistica sviluppato da IBM), nella versione 25. L'analisi dei dati è stata preceduta da una fase di pulizia e verifica del *dataset*, con l'obiettivo di armonizzare le tipologie di risposta provenienti da sistemi regionali differenti tra di loro. Le analisi sono state condotte in parte a livello di macro-area geografica (Nord-Ovest, Nord-Est, Centro e Sud e Isole) ed in parte a

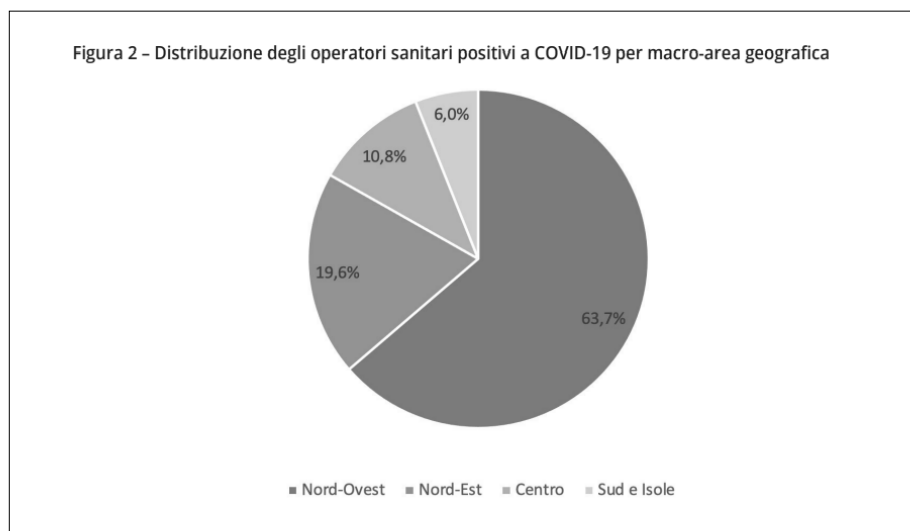
livello regionale. Si fa presente, inoltre, che per la Puglia i dati pervenuti si riferiscono alle sole province di Barletta-Andria-Trani (BAT), Brindisi e Foggia. È stata effettuata un’analisi descrittiva dei principali risultati, con approfondimenti rispetto ad alcune variabili socio-demografiche. I dati mancanti sono stati esclusi dall’analisi se al di sotto del 5% rispetto al campione totale. È stata calcolata l’incidenza per la popolazione generale attingendo i dati dalle Tavole ISTAT della popolazione residente e del movimento anagrafico per regione e ripartizione geografica relativi all’anno 2019. Per il calcolo dell’incidenza per gli operatori sanitari, l’universo di riferimento è stato desunto dal sito del Ministero della Salute ed è relativo all’anno 2018, l’ultimo disponibile al momento delle analisi; in particolare sono stati presi in considerazione il personale sanitario, amministrativo e tecnico. L’analisi dei dati raccolti con lo studio retrospettivo è stata, inoltre, implementata con i dati della “sorveglianza epidemiologica integrata” condotta dall’ISS. In particolare, sono stati messi a confronto i casi di contagio tra operatori sanitari raccolti con lo studio retrospettivo con i casi, i ricoverati e i ricoverati in terapia intensiva rilevati nella popolazione generale da ISS nello stesso periodo (da inizio epidemia e fino al 30 aprile 2020). Tali informazioni sono state confrontate anche con i soli casi di operatori sanitari contagiati operanti in strutture di ricovero e cura, al fine di valutare l’impatto del carico del sistema sanitario sul contagio degli operatori sanitari stessi. Per l’incidenza e i confronti con i dati della sorveglianza epidemiologica integrata di ISS i casi sono stati analizzati per settimana.

## Risultati

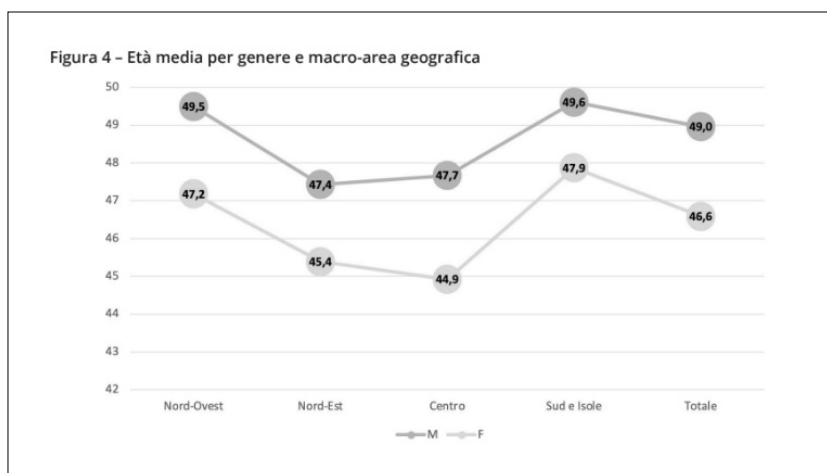
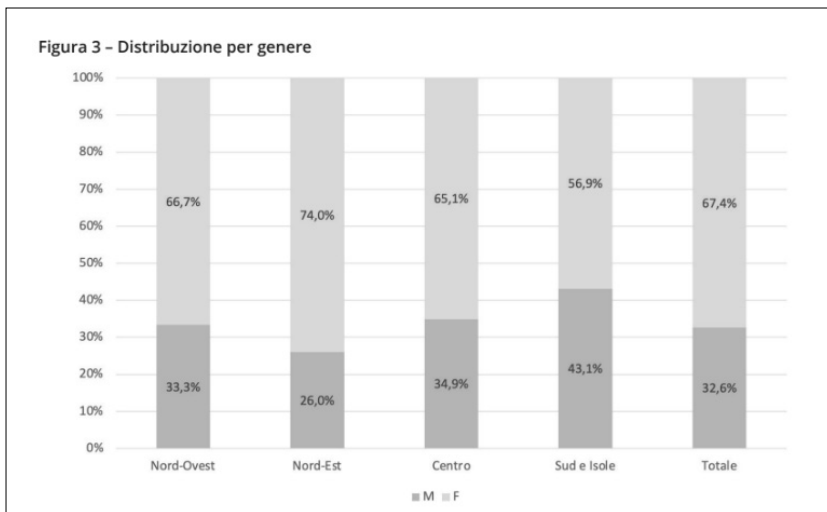
Sono pervenute 17.013 schede di rilevazione relative agli operatori sanitari risultati positivi durante la prima ondata dell’epidemia da SARS-CoV-2. Il periodo di riferimento per la raccolta dei dati è dall’inizio dell’epidemia fino al 30 aprile 2020. Sono state escluse 1.087 schede di rilevazione la cui data di diagnosi (data del tampone) è successiva a tale periodo, giungendo quindi ad un numero totale di questionari ritenuti validi pari a 15.926. Le schede pervenute provenivano da 7 regioni: Abruzzo, Lazio, Lombardia, Puglia, Sicilia, Toscana, Veneto, distribuite come in figura 1.



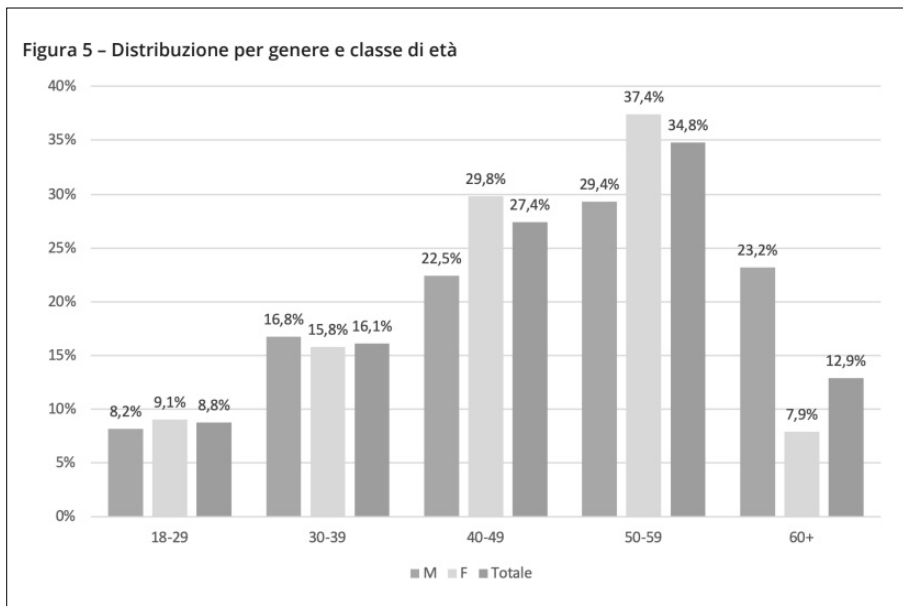
Le regioni sono state raggruppate in macro-aree, in particolare la Lombardia rappresenta il Nord-Ovest (63,7%), il Veneto confluisce nel Nord-Est (19,6%), il Lazio e la Toscana afferiscono al Centro (10,8%) e l'Abruzzo, la Puglia e la Sicilia nella macro-area Sud e Isole (6,0%) - (figura 2).



Rispetto al genere, si contano 10.691 casi (67,4%) di sesso femminile, contro i 5.172 (32,6%) di sesso maschile (figura 3). Nel campione totale l'età media è pari a 47,4 anni e l'età mediana è 49 anni. I maschi registrano un'età media significativamente superiore alle donne (all'incirca di 2 anni) in tutte le macro-aree geografiche e nel campione totale (figura 4).



Nella figura 5 è riportata la distribuzione degli operatori sanitari per classe di età e per genere. Si noti come la classe di età con frequenza maggiore sia nel campione totale sia nei due sottocampioni distinti in base al genere fosse la classe 50-59 anni. Nel campione totale la percentuale di soggetti in tale classe di età era del 34,8%. Gli uomini erano il 29,4% e le donne il 37,4%.



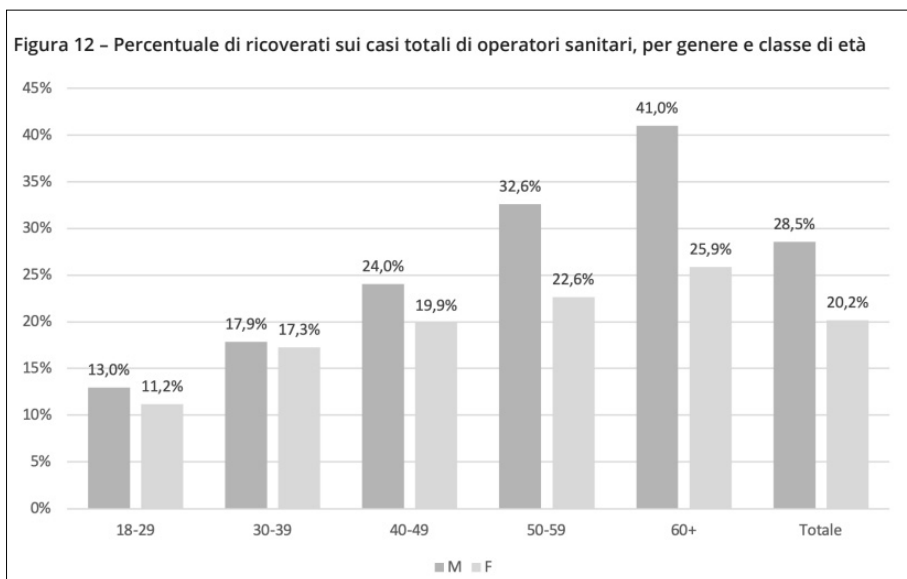
### Informazioni relative al contagio

Relativamente agli aspetti riguardanti in maniera più specifica il contagio da COVID-19, è stato chiesto di indicare la data della diagnosi (cioè la data del tampone) per i soggetti contagiati dall'inizio dell'epidemia fino al 30 aprile 2020 e se fossero stati ricoverati con sintomi lievi oppure ricoverati in terapia intensiva oppure ancora se deceduti. Si registravano 3.633 ricoverati (22,8% del campione totale), 197 ricoverati in terapia intensiva (1,2%) e 63 deceduti (0,4%). Si riportano, in tabella 1, i valori assoluti distinti per genere e classe di età, in figura 12 le percentuali dei ricoverati e in figura 13 le percentuali dei ricoverati in terapia intensiva sul numero totale di operatori sanitari contagiati,

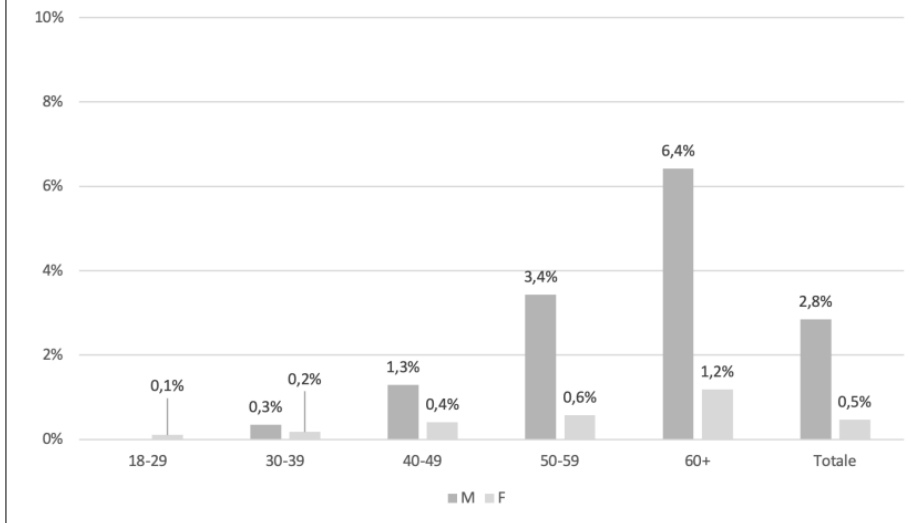
distinti per classe di età e genere. Si noti come, per ciascuna fascia di età, si registravano percentuali più elevate negli uomini. La figura 14 illustra le percentuali di ricoverati, ricoverati in terapia intensiva e deceduti rispetto al numero di operatori sanitari contagiati, nelle varie fasce di età.

Tabella 1 – Casi totali, ricoverati, ricoverati in terapia intensiva e deceduti, per classe di età e genere

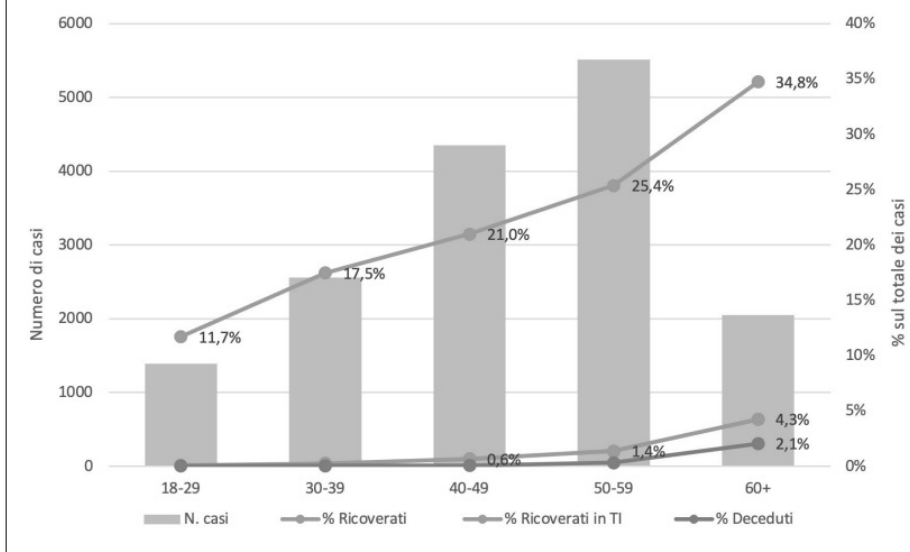
	Soggetti di sesso maschile				Soggetti di sesso femminile				Totale			
	N. casi	Ricoverati	Ricoverati in TI	Deceduti	N. casi	Ricoverati	Ricoverati in TI	Deceduti	N. casi	Ricoverati	Ricoverati in TI	Deceduti
<b>18-29</b>	424	55	0	0	968	108	1	0	1.392	163	1	0
<b>30-39</b>	868	155	3	0	1.691	292	3	1	2.559	447	6	1
<b>40-49</b>	1.161	279	15	2	3.191	634	13	1	4.352	913	28	3
<b>50-59</b>	1.518	495	52	11	3.995	904	23	6	5.513	1.399	75	17
<b>60+</b>	1.200	492	77	36	846	219	10	6	2.046	711	87	42
<b>Totale</b>	<b>5.171</b>	<b>1.476</b>	<b>147</b>	<b>49</b>	<b>10.691</b>	<b>2.157</b>	<b>50</b>	<b>14</b>	<b>15.862</b>	<b>3.633</b>	<b>197</b>	<b>63</b>



**Figura 13 - Percentuale di ricoverati in terapia intensiva sui casi totali di operatori sanitari, per genere e classe di età**



**Figura 14 - Casi totali, percentuali di ricoverati, ricoverati in terapia intensiva e deceduti sui casi totali di operatori sanitari, per classe di età**



Veniva indagata, inoltre, l'eventualità in cui gli operatori sanitari oggetto di studio fossero stati dichiarati come "contatto stretto" ed eventualmente in che ambito. Tra i 953 soggetti per cui l'informazione era disponibile, il 52,5% (500 soggetti) dichiarava di aver avuto un contatto in ambito familiare, in altro ambito oppure "non specifica"; il 47,5% (453 soggetti) dichiarava di aver avuto un contatto stretto in ambito lavorativo, di cui la parte prevalente era rappresentato dal contatto con un paziente (20,0%) - (figura 15). Scendendo ad un maggior livello di dettaglio, nell'ambito delle strutture ospedaliere, il 40,9% aveva avuto un "contatto stretto" in ambito extra-lavorativo, il restante 59,1%, afferente all'ambito lavorativo, riguardava il contatto con pazienti (23,9%) e con altro operatore sanitario (20,1%), mentre il 15,1% non specificava ulteriormente. Nelle strutture socio-sanitarie, invece, il "contatto stretto" veniva identificato prevalentemente in ambito extra-lavorativo (86,2%); le percentuali riguardanti il contatto con pazienti e altri operatori sanitari erano rispettivamente l'8,8% e l'1,1%. Il restante 3,9% non specificava. I risultati presentati in questo rapporto fotografano la prima fase dell'epidemia, in cui la comparsa di un agente virale e di una patologia del tutto nuovi e sconosciuti hanno determinato una iniziale difficoltà del sistema sanitario, in termini di diagnosi, tracciamento e trattamento dei casi. La fase iniziale dell'epidemia, infatti, è stata caratterizzata da un sovraccarico del sistema sanitario, non solo per quanto attiene le strutture di ricovero e cura, ma anche nella medicina territoriale, che ha richiesto una radicale riorganizzazione, in particolare delle strutture di ricovero, con riconversione di moltissimi reparti di altre specialità in "reparti COVID-19" e con conseguente assegnazione di personale sanitario non specializzato (e, quindi, non completamente formato in materia di prevenzione e controllo delle infezioni) alla cura di pazienti infetti. Inoltre, l'iniziale carenza di dispositivi di protezione individuale può avere contribuito, almeno in parte, all'andamento della curva dei contagi nella categoria degli operatori sanitari, certamente esposta ad un maggiore rischio di contatto con l'agente virale. I risultati dello studio dimostrano che le strutture maggiormente interessate dal fenomeno sono state quelle di ricovero e cura.

Tale situazione, diffusa a livello nazionale, è risultata particolarmente evidente nelle regioni maggiormente colpite dall'epidemia

(Lombardia e Veneto) in cui l'andamento della curva dei contagi fra gli operatori sanitari ha avuto un andamento molto simile a quello della popolazione generale, con un ritardo di circa una settimana nel picco dei contagi che dimostra il possibile impatto del carico assistenziale sul contagio degli operatori sanitari, tenendo conto soprattutto della fase iniziale dell'epidemia caratterizzata da un'esposizione degli operatori sanitari a SARS-CoV-2 misconosciuta. Lo studio ha evidenziato anche una maggiore incidenza di casi in reparti che tradizionalmente non gestiscono situazioni di malattie infettive o di emergenza. Si potrebbe pertanto ipotizzare che anche una minore formazione del personale alla gestione delle procedure di prevenzione e controllo delle infezioni possa avere avuto un ruolo nell'andamento dei contagi, almeno nella fase iniziale dell'epidemia. Comunque, il miglioramento delle conoscenze, l'aumentata capacità di identificazione dei casi attraverso il potenziamento delle attività di testing, una più diffusa disponibilità di dispositivi di protezione individuale e la campagna vaccinale iniziata a fine dicembre 2020 hanno certamente mitigato il rischio, favorendo una riduzione della curva dei contagi fra gli operatori sanitari.

### Stress e salute mentale in pandemia

Nonostante la pandemia sia principalmente una crisi legata alla salute fisica, essa ha avuto inevitabilmente un impatto diffuso sulla salute mentale di ogni individuo, inducendo notevoli livelli di paura e di preoccupazione. Il crescente peso sulla salute mentale è stato definito da alcuni come la "seconda pandemia" o "pandemia silenziosa". Sebbene le conseguenze negative sulla salute mentale colpiscano tutte le età, è stato riscontrato che i giovani, in particolare, siano ad alto rischio. Altri gruppi specifici particolarmente colpiti sono stati gli operatori sanitari e assistenziali, le persone con problemi mentali preesistenti e le donne. Per rispondere ai crescenti bisogni psicosociali della popolazione, l'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha istituito un gruppo di esperti per analizzare gli impatti del Covid-19 sulla salute mentale nella regione europea. Inoltre, una risoluzione del Parlamento europeo del luglio 2020 ha riconosciuto la

salute mentale come un diritto umano fondamentale, chiedendo un piano di azione dell’UE 2021-2027 su tale tematica.

I membri del Parlamento europeo hanno anche chiesto alla Commissione di posizionare la salute mentale al centro delle politiche dell’UE. La WHO definisce la salute mentale come “uno stato di benessere in cui ogni individuo possa realizzare il suo potenziale, affrontare il normale stress della vita, lavorare in maniera produttiva e fruttuosa e apportare un contributo alla propria comunità”.

Il “World Happiness Report”, elaborato nel marzo del 2021, individua quattro tipi principali di meccanismi attraverso i quali fattori di stress associati alla pandemia potrebbero influenzare le misure di salute mentale. Si tratta di:

1) Le preoccupazioni sanitarie direttamente derivanti dal Covid-19, come la probabilità di essere infettati, la possibilità di essere ricoverati in ospedale o di morire, la probabilità di infettare le persone care;

2) le preoccupazioni derivanti da come la pandemia potrebbe influenzare la situazione finanziaria di una persona, sia nel breve che nel lungo periodo;

3) le complicazioni derivanti da accordi familiari domestici durante i periodi di lockdown;

4) gli effetti diretti sulla salute mentale a causa della perdita o della limitazione delle attività causate dalla pandemia e le varie misure restrittive messe in atto.

L’Italia, tra i membri dell’Europa comunitaria, è uno dei paesi che investe di meno per la salute mentale. Le prime stime mondiali riportate su «Lancet» riferivano di 53 milioni di casi in più di depressione maggiore (+28%) e 76 milioni di casi in più di disturbi di ansia (+26%) nel 2020 direttamente collegati alla pandemia. È quanto era emerso in occasione della Giornata Mondiale per la Salute Mentale celebrata il 10 ottobre 2021. I dati affermavano come quasi un miliardo di persone viveva con un disturbo mentale nei paesi poveri e come oltre il 75% non riceveva alcuna assistenza.

Ogni anno oltre un milione di persone muore per abuso di sostanze e in concomitanza con il Covid il quadro risulta addirittura peggiorato, tanto che un giovane di 18-24 anni su quattro (25%) aveva dichiarato di aver aumentato l’uso di sostanze per far fronte allo stress da Covid. Nel 2020 anche i suicidi sono aumentati, basti pensare che in

Giappone da giugno a ottobre 2020 sono cresciuti del 16% rispetto allo stesso periodo del 2019. Prima della pandemia, si stimava che 193 milioni di persone (2.471 casi per 100 000 abitanti) soffrissero di grave disturbo depressivo e 298 milioni di persone (3.825 casi ogni 100 000 uomini e donne) avessero disturbi di ansia. Dopo la situazione pandemica, le stime iniziali mostrano un salto fino a 246 milioni (3.153 casi per 100.000 abitanti) per disturbo depressivo e fino a 374 milioni (4.802 ogni 100.000 abitanti) per disturbi di ansia. Il dato rappresentava un aumento rispettivamente del 28% e del 26% per disturbi depressivi gravi e per disturbi di ansia, per di più in un solo anno. In entrambi i casi, i paesi più colpiti dalla pandemia avevano avuto i maggiori aumenti di queste patologie. In un contesto globale in cui la produttività e l'efficienza incarnano le caratteristiche inequivocabili per l'individuo moderno e la performance diventa parte fondamentale di ogni azione quotidiana, il benessere psicologico e la salute mentale possono essere tematiche profondamente delicate e considerate ancora, in alcuni contesti, un tabù. Durante una pandemia globale come quella da Covid-19, la salute mentale assume una rilevanza particolare e continua ancora oggi a subire una forte ripercussione in termini di benessere. Gli effetti sono manifesti sia in coloro che hanno contratto il virus, sia tra chi ha vissuto totalmente le condizioni di chiusura e di lockdown dovute alle restrizioni governative. Tra i primi, è riscontrato nel 36% dei casi in seguito a una visita specialistica, almeno uno dei seguenti disturbi: ansia, depressione, PTSD (disturbo da stress post traumatico) e insonnia, secondo quanto rilevato da uno studio condotto dall'IRCCS Ospedale San Raffaele su 226 pazienti presi in carico dall'ambulatorio di follow-up post COVID-19, istituito dal suddetto ospedale nel maggio 2020.

In molti altri paesi europei la situazione si è rilevata complessa: "Open Evidence", centro di ricerca e di consulenza aziendale che si occupa di scienze sociali e comportamentali, TIC e di scienza dei dati, ha condotto uno studio sugli effetti del Covid-19 e del blocco della libera circolazione in Spagna e nel Regno Unito mentre la Santé Publique France (l'agenzia per la salute pubblica nazionale francese) ha lanciato un'indagine per monitorare la salute mentale e il comportamento della popolazione. L'analisi di questi dati può condurre a delineare un quadro generale più chiaro nel contesto dell'Europa.

Sulla base dei dati raccolti, emerge che il 46% della popolazione in Spagna e il 41% nel Regno Unito è stata a rischio riguardo alla salute mentale degli individui<sup>6</sup>. In Francia, invece, l'indagine è stata condotta nella prima ondata di lockdown (23-25 marzo) e fino al 20 maggio (rispettivamente l'inizio delle misure restrittive e la fine del lockdown).

I risultati ottenuti dagli intervistati, per quanto riguarda i livelli di preoccupazione, ansia, depressione e disturbi del sonno, riferiscono che: «i livelli di ansia sono notevolmente diminuiti tra la seconda e la terza ondata (-9 punti). Inoltre, tra la prima e la seconda ondata, il 17% degli intervistati ha segnalato un aumento di disturbi di ansia (rispetto al 13,5% prima della pandemia). I livelli di depressione, in aumento tra la terza e la quarta ondata, cominciano a diminuire, con una riduzione significativa osservata dalla fine del lockdown (-6 punti). I problemi legati al sonno sono notevolmente aumentati fino alla quarta ondata. Generalmente, tali difficoltà continuano ad essere più frequenti (63%) rispetto a prima della pandemia (49%)<sup>7</sup>». Si registrano numerosi casi di disturbi legati a diversi fattori emotivi e psicologici, e ogni paese risponde diversamente all'emergenza attraverso una propria ripartizione di risorse destinate alle iniziative per la tutela della salute mentale: una eterogeneità nelle decisioni di trattamento che caratterizza anche il periodo post pandemia, specificatamente il 2021 e il 2022.

Nel contesto italiano, si è verificato un cambio netto nell'assegnazione di fondi destinati a questo settore, concretizzatosi con la bocciatura dell'emendamento alla legge di Bilancio sulla manovra economica del 2022 che istituiva un fondo da 50 milioni per ampliare l'accesso al sostegno psicologico. Mentre l'ordinamento politico italiano sottovaluta la rilevanza della salute mentale, lo scenario socio-economico dei paesi europei è differenziato e variegato. Si delineano percorsi e

---

<sup>6</sup> C. Codagnone et al., *Restarting “Normal” Life after Covid-19 and the Lockdown: Evidence from Spain, the United Kingdom and Italy*, in «Social Indicators Research», 158, 2021, pp. 241-265.

<sup>7</sup> E. Du Roscoät, *Mental health of the French population during the COVID-19 pandemic: results of the CovPrev survey*, 2020, in «eurohealthnet-magazine.eu», consultabile presso l'Url [eurohealthnet-magazine.eu](http://eurohealthnet-magazine.eu) (ultimo accesso 1° dicembre 2023).

valutazioni alternative attraverso un'analisi trasversale e comparativa della risposta politica e istituzionale in tema di sussidi e sostegni psicologici.

Ripercorrendo l'excurus del bonus psicologo, negli ultimi mesi del 2021 la proposta di un emendamento volto alla valorizzazione della salute psicologica in Italia, ha iniziato a farsi strada anche tra l'opinione pubblica, trovando un ampio consenso da parte di tutte le forze politiche. La formula, nel caso del "bonus avviamento", avrebbe previsto il riconoscimento di 150 euro senza limiti di reddito, sotto forma di voucher utilizzabili per pagare le sedute con gli specialisti, a chi, maggiorenne, non fosse stato diagnosticato un disturbo mentale e non avesse usufruito di altre agevolazioni in materia di salute mentale. Il secondo sostegno sarebbe stato invece vincolato all'Isee (l'indicatore della situazione economica equivalente): 1.600 euro con Isee fino a 15.000 euro, 800 euro con Isee compreso tra i 15.000 e i 50.000 euro, 400 euro per le persone con redditi compresi tra i 50.000 e i 90.000 euro. La cancellazione è avvenuta inaspettatamente durante l'approvazione della legge di bilancio, suscitando numerose reazioni da parte della cittadinanza. Per tale motivo, viene presentata una petizione su Change.org al fine di ottenere la riattivazione del bonus, che aspira a raggiungere 300.000 firme, raccogliendone in una settimana quasi 250.000. L'opinione pubblica e le forti reazioni su questo argomento, inoltre, spingono le regioni e gli enti locali all'organizzazione autonoma, nei limiti delle loro risorse. Il primo ad attivarsi è il Municipio 9 di Milano, che istituisce un bonus per i ragazzi tra 10 e 25 anni: una card per i primi incontri con gli psicoterapeuti di zona. «La giunta della municipalità che si estende da Isola-Garibaldi e Porta Nuova ai quartieri periferici di Niguarda, Bicocca, Comasina, Affori, Bruzzano e Bovisa-Dergano, [...] ha stabilito di stanziare trentamila euro per consentire a circa ventiseimila giovani dai 10 ai 25 anni di usufruire di alcune sedute presso uno psicologo della zona»<sup>8</sup>.

L'iniziativa, attraverso la collaborazione con l'Albo degli psicologi, prevede un bando per l'attribuzione delle risorse in favore di chi dispone dei requisiti indicati. Inoltre, il Consiglio regionale della Lom-

---

<sup>8</sup> M. Melley, *I giovani del Municipio 9 di Milano potranno avere il bonus psicologo*, sul quotidiano online «Milanotoday.it», 10 gennaio 2022.

bardia ha approvato la gratuità dello psicologo di base, inaugurando la sperimentazione nelle Case di Comunità. Un intervento simile arrivò anche dall'allora Presidente della regione Lazio, Nicola Zingaretti, che comunicò l'istituzione per i giovani di un fondo dedicato alla salute mentale e alla prevenzione dei disagi psichici: «Destiniamo 2,5 milioni di euro per garantire l'accesso alle cure per la salute mentale, attraverso voucher da utilizzare presso le strutture pubbliche della regione. Una rete che coinvolgerà psicologi e psichiatri del territorio, a protezione dei giovani e delle fasce più deboli della popolazione».

Nonostante l'iniziale sgomento e il generale dissenso per la cancellazione del bonus, la diffusione della petizione lanciata da Francesco Maesano su Change.org e i molteplici appelli sostenuti dall'opinione pubblica hanno contribuito a rafforzare la necessità e la rilevanza dell'approvazione del bonus, avvenuta tra il 16 e il 17 febbraio 2022, da parte delle commissioni Affari costituzionali e Bilancio della Camera. L'emendamento, inserito nel Decreto-legge del 30 dicembre 2021, n. 228 (cd. “Milleproroghe”), prevede alcune misure volte a fornire supporto ai servizi di psicoterapia e di sostegno psicologico in assenza di diagnosi di patologie mentali e ad aiutare i cittadini in condizioni di depressione, stress, ansia e in generale di disagio mentale. Il bonus psicologo prevede un voucher da 200 fino a 600 euro per pagare il servizio offerto da specialisti privati regolarmente iscritti all'albo degli psicoterapeuti. La stima è che possano essere coinvolti nell'iniziativa circa sedicimila persone, in seguito a prescrizione medica e diagnosi del disagio, senza limiti relativi all'età, privilegiando adolescenti e bambini.

Benché siano stati fatti passi in avanti, le criticità sulla questione risultano molteplici: viene infatti contestato il limite di sedicimila cittadini per l'ipotetico utilizzo del bonus, malgrado i dati sulla salute psicologica in Italia riportino numeri e percentuali molto più alte. Inoltre, il bonus potrebbe arrivare a coprire fino ad un massimo di dodici sedute per individuo, costituendo un grave limite nel caso di ulteriori necessità. Nonostante negli ultimi anni il lockdown e il confinamento rappresentino una nuova esperienza per la maggior parte della popolazione, per altri invece è uno stile di vita già consolidato da prima della pandemia.

La crisi da Covid-19 ha costretto molti paesi europei, oltre all'Italia, a effettuare drastici tagli sulle iniziative e sugli spazi riservati alla salu-

te mentale. Ad aggravare la limitazione di risorse destinate alla cura e all'assistenza psicologica contribuisce la diminuzione delle domande di aiuto da parte dei malati psicologici. Sono molte le testimonianze di chi, già prima della pandemia, era autonomamente e consapevolmente confinato nelle mura domestiche. La permanenza dentro casa per periodi di medio o lungo termine non è difficoltosa per chi soffre di un disturbo di ansia sociale: molti pazienti, infatti, non sono risultati angosciati dal confinamento.

L'articolo della Fondazione Civio<sup>9</sup> riporta altre situazioni drammatiche, in tutta l'Europa, tanto da affermare che il Covid-19 abbia causato uno tsunami nella salute mentale.

Durante la prima ondata, il 93% dei paesi intervistati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha subito una paralisi in uno o più servizi per pazienti con problemi mentali, neurologici e di abuso di sostanze.

Quasi il 40% dei paesi europei partecipanti ha riportato condizioni peggiori: avevano interrotto tre servizi sanitari su quattro. «Più rigoroso è il blocco, più grave è l'impatto», afferma Marcin Rodzinka, portavoce di Mental Health Europe, una rete di utenti e professionisti dei servizi di salute mentale. È accaduto in Spagna, in cui sono chiusi gli ambulatori di salute mentale. In merito all'analisi del tasso di servizi costretti alla chiusura e la libera scelta di non dover più seguire un percorso di psicoterapia, è evidente la gravità della situazione e le ripercussioni sulla salute mentale dei cittadini. I reparti ospedalieri al collasso e la scarsità di sedi e di personale portano i pazienti e le persone in terapia a rifiutare l'assistenza in presenza per paura del confinamento e del contagio. Numerose sono le testimonianze di chi, in seguito all'invito dello specialista a tornare ad incontri *face to face* (specialmente nella stagione estiva, con la diminuzione dei contagi) manifesta scetticismo e profonda ansia di uscire. L'effetto della pandemia risulta essere aggravante per coloro che già precedentemente mostravano fatica e difficoltà ad uscire di casa: gli studiosi hanno denominato questo fenomeno 'sindrome della capanna' o 'del prigionie-

---

<sup>9</sup> La Fundación Ciudadana Civio, con sede a Madrid, è «un'organizzazione indipendente e senza scopo di lucro che vigila sulle autorità pubbliche, informa i cittadini e preme per una reale ed efficace trasparenza nelle istituzioni».

ro', identificandola come la paura di uscire e lasciare la propria casa, il luogo che per mesi ci ha fatto sentire al sicuro, al riparo da qualsiasi pericoloso agente esterno.

Le cause di questa risposta risiedono nel terrore di contagiarsi o di ammalarsi, di non ritrovare più il mondo di prima o di infettare i propri cari. Dove possibile, si continua con chiamate o videochiamate online, riguardante oltre il 75% dell'assistenza psichiatrica fornita dai *caregiver* durante la prima ondata (secondo i dati interni della European Psychiatric Association), ma in altri paesi il servizio è interrotto totalmente, senza alcuna ripresa. In questo caso, si manifestano le disuguaglianze internazionali ed europee in termini di intervento psicologico: nei paesi scandinavi e del Nord Europa, già nel 2015 erano previsti programmi di tele psichiatria che sono stati perfettamente confermati durante il lockdown, mentre in altre realtà le conseguenze sono risultate decisamente drammatiche.

Differenze europee nel trattamento dei disturbi psicologici:  
una scelta di investimento o di risparmio

In Europa, il tema della prevenzione e del trattamento dei disturbi mentali sembra essere cardinale per il raggiungimento di una cittadinanza inclusiva e sensibile. Fin dal trattato sul funzionamento dell'Unione Europea (TFUE), con gli articoli 168 (protezione della sanità pubblica), 114 (mercato unico) e 153 (politica sociale), si faceva luce su alcune misure da dover adottare e che sono state poi rafforzate progressivamente, con il Trattato di Maastricht (1992), quello di Amsterdam (1997) e gli sviluppi più recenti<sup>10</sup>. Obiettivi quali la promozione della salute mentale e la prevenzione e il trattamento dei disturbi mentali, fondamentali per la salvaguardia e il miglioramento della qualità della vita, del benessere e della produttività degli individui, delle famiglie, dei lavoratori e delle collettività, hanno dato vita alla creazione di un recente Piano di azione europeo sulla salute mentale.

---

<sup>10</sup> Si vedano, in tal senso, le Note tematiche sull'Unione Europea alla voce 'Sanità pubblica', consultabili al seguente Url: <https://www.europarl.europa.eu/factsheets/it/sheet/49/sanita-pubblica> (ultimo accesso il 15 novembre 2023).

Questo si ispira ai quattro ambiti prioritari di "Salute 2020", la politica di riferimento europea per la salute e il benessere, e fornisce un contributo diretto alla sua realizzazione attraverso la trasversalità di obiettivi comuni in tema di sanità pubblica, sistemi sanitari, arco della vita ecc. Dunque, già prima della pandemia da Covid-19 sembrava che ci fosse una nuova rilevanza in ambito politico-economico a proposito di iniziative a supporto del benessere psicologico. Ma come hanno risposto le diverse realtà europee dopo due anni di restrizioni, confinamento e malattie?

Un'iniziativa promettente viene dalla Francia dove, secondo i dati riportati dal quotidiano «Le Monde» (2021), il 15% dei francesi mostra segni di stato depressivo (+5 punti rispetto alla situazione fuori dall'epidemia), il 23% i segni di uno stato ansioso (+10 punti) e il 10% ha avuto pensieri suicidari durante l'anno (+ 5 punti). Isolamento, ansie e violenze domestiche (aumentate in seguito al confinamento) sono stati motivo di nuove sofferenze. Il presidente Macron non ha sottovalutato la delicatezza e la rilevanza del quadro psicologico e ha annunciato un piano di governo contenente azioni mirate ed efficaci. I punti attuativi del provvedimento riguardano:

- la creazione di 800 posti di lavoro nel settore della psicologia medica entro un anno;

- l'investimento di 80 milioni di euro nella ricerca per l'innovazione del settore e la creazione di percorsi specifici per donne che soffrono di depressione post parto;

- l'inaugurazione di una nuova linea telefonica per la prevenzione dei suicidi, fondamentale dal momento che, come riportato dal ministro della Salute, Olivier Véran, «il suicidio è la seconda causa di morte tra i giovani dopo gli incidenti stradali»<sup>11</sup>.

In altre realtà europee, come Lussemburgo, Irlanda, Danimarca e Austria, le strategie adottate risultano più strutturate e adatte alla situazione. In Austria, durante il confinamento, il ministero della Salute e Sostegno Sociale ha istituito delle pagine informative con consigli per superare il lockdown e altre misure per il contenimento del contagio. Parallelamente esistono varie linee (l'equivalente dei nostri nume-

---

<sup>11</sup> E. Mureddu, *Aiuti ai depressi post-Covid, ma il piano di Macron fa infuriare gli psicologi*, sul quotidiano online «Europa.today», 1° ottobre 2021.

ri verdi) per una consultazione psicologica d’urgenza, con la possibilità di accedere a mail e chat, gratuitamente. Sono stati inaugurati canali di comunicazione e di supporto per le donne vittime di violenza, per i bambini che hanno frequentato la scuola in Dad (Didattica a distanza) e per gli studenti universitari.

Un’approfondita analisi della risposta europea al trattamento e alla tutela della salute mentale è supportata dall’iniziativa “Headway 2023”. Ideata e lanciata nel 2017 da “The European House-Ambrosetti” in partnership con Angelini Pharma, si pone l’obiettivo di creare una piattaforma multidisciplinare di riflessione strategica, analisi, dialogo e confronto tra le diverse esperienze europee<sup>12</sup>. Già due anni fa, The European House-Ambrosetti dichiarava che l’obiettivo di “Headway 2023” sarebbe stato quello di proseguire il lavoro iniziato nel 2017 e volto alla condivisione di conoscenze e di know-how per prevenire, diagnosticare, gestire e trovare soluzioni che potessero ridurre il carico dei disturbi mentali, non solo in ambito sanitario, ma anche nei luoghi di lavoro, nelle scuole e nella società in generale. I dati raccolti hanno permesso all’associazione di elaborare un “Mental Health Index”, un modello che considera elementi e interventi delle politiche sanitarie, assistenziali ed educative europee per identificare il grado di risposta di ciascun paese ai bisogni per la tutela psicologica. La risposta degli Stati nell’elaborazione di strategie per il sostegno psicologico è valutata in base a tre dimensioni:

- lo stato di salute mentale dei cittadini;
- la reazione e la reattività di risposta del sistema politico-sociale;
- i bisogni degli individui sui luoghi di lavoro, nelle scuole e nella società.

I dati ottenuti sono stati rielaborati in una scala da 0 a 10 (per la valutazione dei servizi in generale) e in valore percentuale per ciascuna variabile presa in esame. Una situazione complessa si rileva in Ungheria, Bulgaria e Romania, in cui l’indice si assesta a valori inferiori a 3/10. Anche la percentuale di reattività ai bisogni mentali è molto bassa, raggiungendo rispettivamente il 22%, l’11 % e il 10%. Sul lato opposto vi sono Svezia, Finlandia e Paesi Bassi, che raggiungono il valore medio di 7/10, con altissime percentuali in

---

<sup>12</sup> Cfr. <https://www.ambrosetti.eu/> (ultimo accesso il 15 novembre 2023).

merito alla risposta delle istituzioni (100% in Svezia, 73% in Finlandia e 88% nei Paesi Bassi). Un risultato che si conferma ottimale anche per la variabile dell'attenzione ai bisogni degli individui nella società. Tuttavia, lo stato della salute mentale tra i cittadini non prefigura necessariamente uno scenario positivo: rispettivamente il dato diminuisce al 60%, al 50% e infine al 39% per i Paesi Bassi<sup>13</sup>. Le iniziative politiche ed economiche adottate in campo psicologico e sociale evidenziano una disparità di azioni e soluzioni implementate in alcuni paesi europei. Solitamente, l'inadempienza di organi politici e istituzionali è fronteggiata da iniziative di carattere regionale o locale, con la partecipazione di fondi e di interventi notevoli da parte della comunità. Non sempre, però, questa volontà riesce ad arginare un problema tanto complesso quanto diversificato come quello rappresentato oggi dalla salute mentale. Inoltre, è ancora diffusa la convinzione che vede il trattamento psicologico un lusso appartenente e destinato a pochi cittadini facoltosi. Non si enfatizza che in realtà sia un diritto alla salute che colpisce indistintamente dal reddito o dalla fascia sociale. Una considerevole soluzione può realizzarsi nell'educazione e nel rispetto del benessere emotivo e mentale, a partire dalle generazioni più giovani, che rappresentano una delle categorie maggiormente soggette a difficoltà e problematiche di questo genere. Per sottolineare la superficialità delle poche e deboli scelte di intervento che sono state apportate, l'avvento della pandemia da Covid-19 non ha acceso, se non in minima parte, i riflettori sui danni che sono stati causati, subito dopo quelli fisici. In Europa, alcune proposte hanno trovato una reale applicazione, seppur circoscritte in alcuni paesi, tra i quali sono stati citati i più significativi, ma in questi contesti già prima della pandemia da Sars-Cov-2 la salute mentale rappresentava una componente principale e non accessoria. L'analisi delle scelte e delle strategie adottate dai paesi europei può risaltare le giuste misure di intervento a favore di chi ne abbia bisogno, così da formare una società civile e inclusiva.

---

<sup>13</sup> Cfr. Headway 2023, Mental Index Report.

## Ulteriore bibliografia e sitografia

- INAIL (2021), *Infortuni e malattie professionali*, Dossier Donne, Edizione 2021.
- Ispettorato Nazionale del Lavoro (2020), *Relazione Annuale sulle convalide delle dimissioni e risoluzioni consensuali delle lavoratrici madri e dei lavoratori padri* (ai sensi dell’art. 55 del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151).
- Istat (2020), *Il Mercato del lavoro 2020. Una lettura integrata*, Roma.
- Istat (2020), *Rapporto Bes 2020. Il Benessere equo e sostenibile in Italia*, Roma.
- Istituto Superiore di Sanità (2021), *Epidemia COVID-19, Aggiornamento nazionale: 21 aprile 2021*, consultabile presso l’Url <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/aggiornamenti>.
- UNFPA – United Nations Population Fund (2004), *Programme of Action*, New York.