

# Pandemia: riconoscere e affrontare il disagio psicosociale

David Lazzari<sup>1</sup>

## Premessa

Nel recente volume “La Psiche tra salute e malattia. Evidenze ed epidemiologia” (EDRA 2019) ho analizzato i dati della letteratura internazionale relativi all’area del cosiddetto “distress o disagio psicologico”, nella quale rientrano in genere le situazioni di malessere che non presentano i criteri per essere etichettate clinicamente, le forme di ansia e depressione più diffuse, i disturbi legati allo stress, come di “disturbi dell’adattamento”, definiti dall’ICD (la classificazione dei disturbi psichici e comportamentali dell’OMS) come “condizioni di malessere soggettivo e di disturbo emozionale, che in genere interferiscono con il funzionamento e le prestazioni sociali, e che insorgono nel periodo di adattamento ad un significativo cambiamento di vita o ad un evento stressante.”<sup>2</sup>. *Il dato comune a queste forme di disagio è quello di essere reattive ad una situazione che sta vivendo o affrontando il soggetto e quindi di essere legate agli equilibri e alle risorse adattive e di dipendere in larga parte dalla percezione e dal vissuto che la persona ha della situazione.*

Per tali motivi tali situazioni necessitano, per essere comprese e valutate, di una “lettura psicologica”, in grado cioè di evidenziare il rapporto tra la soggettività individuale, la lettura del contesto ed il vissuto personale. Per gli stessi motivi gli interventi psicologici – di comunità, di gruppo o individuali, prevalentemente preventivi o di promozione delle risorse o maggiormente polarizzati sul versante “riparativo/curativo” – risultano la risposta più efficace (in termini di risultati) e più efficiente (in termini economici) (Lazzari, 2019)

Si tratta di un’ampia area di problematiche legate a vissuti psicologici, difficoltà personali e adattive, che sono state recepite dai nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 12 gennaio 2017) tra i temi di salute ove il sistema pubblico deve garantire i necessari interventi psicologici (CNOP 2018).

## I dati precedenti e successivi alla pandemia

I dati di prevalenza di queste forme di disagio sono ricomprese, a livello internazionale, in un range tra il 4% ed il 6,7% per l’ansia e tra il 4% ed il 5,4% per la depressione ((Steel et al., 2014; Ritchie & Roser, 2018). Per quanto riguarda il nostro Paese, l’ISTAT ha rilevato la prevalenza di tali problemi nell’ambito di una “Indagine multiscopo sulle famiglie italiane” (ISTAT, 2013) limitata tuttavia a

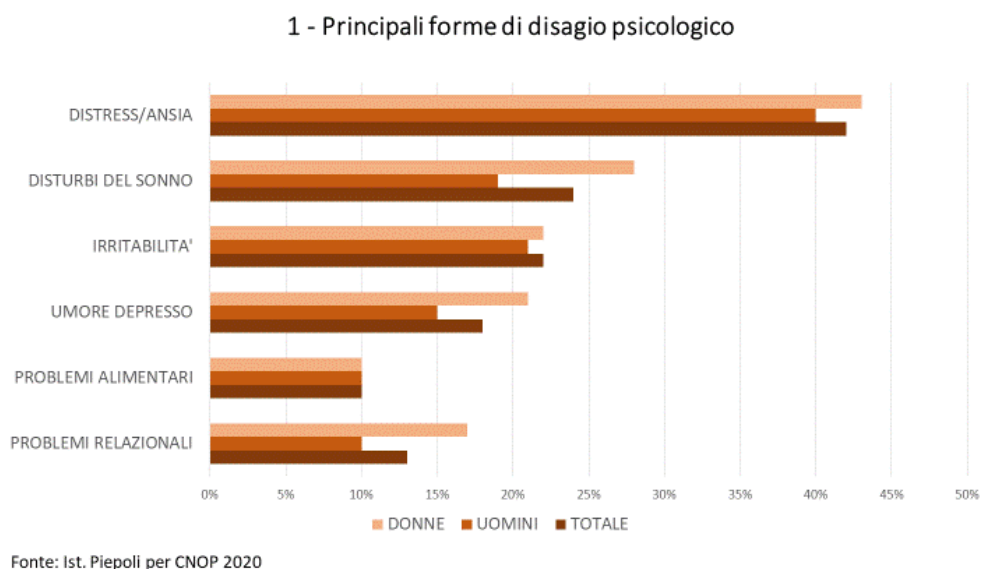
---

<sup>1</sup> Specialista in Psicologia della Salute, Direttore del Servizio di Psicologia Azienda Ospedaliera Terni, Docente Università di Torino e dell’Aquila, Past president Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia, Presidente nazionale e regionale (Umbria) Ordine Psicologi

<sup>2</sup>“Il fattore stressante può aver intaccato l’integrità della rete sociale del soggetto (lutto, esperienze di separazione), o può aver marcato un’importante transizione o una crisi nello sviluppo del soggetto. La predisposizione o vulnerabilità individuale gioca un ruolo importante nel condizionare la comparsa o nel modellare le manifestazioni dei disturbi dell’adattamento, ma si presume tuttavia che la condizione non sarebbe insorta senza l’intervento del fattore stressante. Le manifestazioni sono variabili ed includono umore depresso, ansia, inquietudine (o più di uno di tali aspetti contemporaneamente), un sentimento di incapacità ad affrontare la situazione, di proiettarsi nel futuro o di resistere nella condizione attuale; un certo grado di compromissione delle prestazioni nelle attività quotidiane. I disturbi della condotta possono essere manifestazioni associate, particolarmente nell’adolescenza. La manifestazione predominante può essere una reazione depressiva breve o prolungata o un altro disturbo della sfera emotiva o della condotta.” (ICD-10 OMS)

soggetti tra i 16 e i 65 anni. In questo ambito è emerso che il 5,14% degli intervistati dichiarava sintomi depressivi in atto, mentre il 3,6% sintomi di ansia.

Nell'indagine effettuata dall'Istituto Piepoli per il CNOP (8 aprile 2020) vediamo i dati relativi alle principali fonti di disagio nella fig. 1.



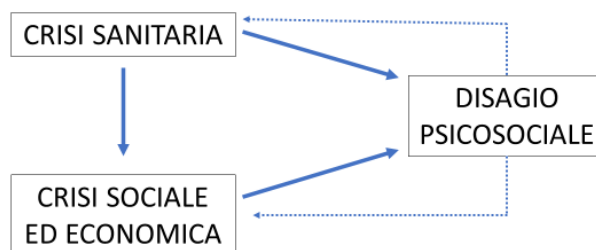
L'80% degli italiani (34% molto e 46% abbastanza) attribuisce queste forme di disagio alla pandemia, una percentuale che si è incrementata dall'inizio della rilevazione ad oggi: il 24 febbraio era pari al 62%. Da quando è iniziata la vicenda Covid il 67% degli italiani dichiara che il proprio livello di distress/disagio è aumentato.

Le fonti di questo disagio sono legate alle peculiari restrizioni e condizioni di vita (51% isolamento relazionale, 27% non poter fare attività all'aperto, 24% avere pochi spazi a disposizione, 20% non poter andare al lavoro, 9% convivenza forzata), mentre il 58% dichiara un disagio legato alle prospettive economiche e il 31% è preoccupato per il peggioramento del vissuto psicologico.

### Considerazioni generali ed operative

Ciò che emerge è un forte aumento del disagio psicologico, che trova i suoi presupposti non solo nelle condizioni/restrizioni della pandemia (51%) ma anche – e sempre di più – nelle preoccupazioni legate alle prospettive sociali ed economiche (58%). Nella fig. 2 è illustrata questa relazione.

## 2 – Interazione tra crisi sanitaria, socioeconomica e disagio psicosociale



La crisi sanitaria influisce quindi direttamente sul disagio psicologico, ma è anche produttiva di una potenziale situazione di crisi sociale ed economica, che a sua volta influisce su questo disagio. Ci dobbiamo aspettare che la crisi sociale ed economica sia destinata ad influire in misura sempre maggiore da questo punto di vista.

Nella figura 2 si è scelto – come del resto nel titolo – di denominare il disagio come “psicosociale”, sia perché nella letteratura internazionale sui fattori di rischio per la salute questa è la denominazione utilizzata (Lazzari 2019), sia perché nel caso specifico della pandemia tale denominazione meglio rappresenta la realtà di un disagio che nasce da oggettive e generalizzate difficoltà adattive.

Nella fig. 2, come si può notare, vi sono delle linee tratteggiate di retroazione tra il disagio psicosociale e la situazione sanitaria da un lato, e socioeconomica dall’altro.

Si tratta di un aspetto molto importante. La letteratura scientifica ha fornito prove significative sul ruolo del distress/disagio psicologico sui sistemi biologici da un lato e sulle capacità adattive e di performance (di studio, lavorativa, ecc.) dall’altro. Il disagio psicologico è un importante e accertato fattore di rischio per la salute fisica ed anche per le patologie infettive (Scott et al. 2016; Bottaccioli & Bottaccioli 2017; Song et al. 2018), così come è in grado di influire negativamente sulle attività sociorelazionali, lavorative ed i comportamenti delle persone (Lazzari 2016; Riva & Mazzoni 2019). Basti citare due dati: l’interazione tra psiche ed immunità (Lazzari & Bottaccioli, 2012), gli effetti degli interventi psicologici di riduzione dello stress sul sistema immunitario (Schakel L et al. 2019) o il fatto che il disagio psicologico sia il terzo fattore di rischio, dopo il fumo e il diabete, per le malattie cardiovascolari (Rozanski, 2014).

E’ fondamentale evitare un doppio e speculare rischio riduzionistico: quello della “invisibilità” del disagio psicosociale, perché non adeguatamente rilevato o non considerato un problema di salute, o, all’opposto quello della sua marcata “patologizzazione”, volendolo comprimere all’interno di tradizionali approcci di tipo psichiatrico e farmacologico.

Negarlo, minimizzarlo o patologizzarlo significa impedire al Paese di affrontare adeguatamente uno dei principali problemi di salute legati alla pandemia, se salute vuole essere non mera assenza di una malattia ma benessere biopsicosociale come afferma l’OMS, e lasciare che si instauri il “feedback negativo” illustrato nella fig.2.

Alla luce di quanto sopra appare necessario implementare quanto previsto dai LEA in questo campo, organizzando le risorse psicologiche presenti nel sistema sanitario e reclutando quelle necessarie, in forma coordinata a livello di ciascuna azienda sanitaria, anche in riferimento a quanto previsto relativamente alle equipe psicosociali in emergenza (DPCM 13 giugno 2006).

## Conclusioni

In sintesi:

- a) Appare necessario comprendere la portata di ciò che abbiamo davanti, una situazione inedita di dimensioni epocali, che richiede logiche nuove e all'altezza della sfida e non meri aggiustamenti.
- b) In questo quadro bisogna riconoscere il disagio psicosociale e le sue dimensioni, approfondire il portato e le correlazioni con gli aspetti di benessere, salute, qualità della vita, sociali, economici e lavorativi.
- c) Tale disagio deve trovare una risposta articolata nei diversi ambiti e contesti nei quali si esprime - nel sistema sanitario, nel sociale e nel settore del lavoro - individuando gli "snodi" dove la messa a disposizione di competenze ed interventi psicologici ha il massimo impatto costi/benefici.
- d) I punti precedenti sono fondamentali per intercettare il bisogno di benessere e salute psicologica ed impedire che queste situazioni si strutturino in problemi più gravi e patologie di interesse medico e psichiatrico<sup>3</sup>.
- e) Le scienze psicologiche e la professione, in particolare i settori che si occupano di psicologia sociale, di comunità, della salute e del lavoro oltre che di clinica, devono essere messe in campo per sviluppare letture, strategie ed azioni di prevenzione, promozione e sostegno.
- f) E' indispensabile la definizione di un programma pubblico, coerente e articolato che preveda l'attivazione di strategie ed azioni puntuali - collettive, di gruppo ed individuali - di prevenzione, promozione delle risorse e sostegno psicologico. I contesti privilegiati ed indispensabili sono quelli della salute (strutture e servizi sanitari, cure primarie), sociali (scuola, servizi sociali, welfare), del lavoro (organizzazioni e contesti lavorativi).

Sono necessarie a breve ulteriori analisi e proposte articolate. Ciò che è fondamentale è inquadrare correttamente il problema e porre le basi per affrontarlo appropriatamente: è indispensabile che, a partire dalle Istituzioni, si comprenda che questo è uno dei terreni cruciali sui quali si vince o meno la sfida aperta da questa crisi.

## Riferimenti bibliografici

Bottaccioli, F., & Bottaccioli, A. G. (2017). *Psiconeuroendocrinoimmunologia. Il Manuale*. Milano: Edra

Hayward, SE, et al. A systematic review of the impact of psychosocial factors on immunity: Implications for enhancing BCG response against tuberculosis. *SSM Popul Health*. 2020 Apr; 10: 100522.

---

<sup>3</sup> Al di là dei costi umani e sociali, la comparsa di problemi di salute più gravi andrebbe a creare seri problemi ai servizi sanitari in generale, che dovranno affrontare le pensanti ricadute mediche prodotte dal mancato o ridotto ricorso alle cure extra-Covid che si è generalizzato in questa fase ed i servizi salute mentale l'esacerbazione dei disturbi psichiatrici più gravi.

Lazzari D., Bottaccioli F. (2012), Stress e sistema immunitario, in Compare & Grossi (a cura di) Stress e disturbi da somatizzazione, Milano: Springer

Lazzari, D. (2016). Bilancia il tuo stress. Firenze: Giunti Demetra.

Lazzari et al. (a cura di, 2018) La Psicologia nei Livelli Essenziali di Assistenza, Quaderno n.1, Roma: CNOP.

Lazzari D. (2019). La Psiche tra Salute e Malattia. Evidenze ed epidemiologia. Milano: Edra.

OMS, Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati (ICD10)

Riva P. & Mazzone D. (2019) Il volto sociale della psiche, in Lazzari “La Psiche tra Salute e Malattia”, Milano: Edra.

Rozanski, A. (2014). Behavioral Cardiology. Current Advances and Future Directions.

Scott, K.M. et al.(2016). Association of Mental Disorders With Subsequent Chronic Physical Conditions: World Mental Health Surveys From 17 Countries, JAMA Psychiatry, 73(2), 150-158

Schakel L et al. (2019) Effectiveness of Stress-Reducing Interventions on the Response to Challenges to the Immune System: A Meta-Analytic Review. Psychother Psychosom. 88(5): 274–286.

Song, H., et al. (2018). Association of stress-related disorders with subsequent autoimmune disease. JAMA, 319(23), 2388-2400, doi: 10.1001/j