



Università
Ca' Foscari
Venezia

Corso di Laurea magistrale
in Interpretariato e Traduzione Editoriale, Settoriale

Tesi di Laurea

Covid-19 e Psiche:

gli effetti di una pandemia sulla mente umana.

Proposta di traduzione di due articoli medici

Relatore

Prof. Paolo Magagnin

Correlatrice / Correlatore

Prof.ssa Nicoletta Pesaro

Laureanda

Flavia Gizzi

Matricola 877828

Anno Accademico

2019 / 20

Abstract

The present thesis is a translation proposal of two medical articles which focus on the effects of the novel coronavirus disease (COVID-19) on the human psyche, especially on different strata of the population and on the medical personnel.

The thesis is divided into three chapters. The first chapter consists of an introduction that provides an overview of pandemics throughout history and of their psychological effects, with particular reference to COVID-19.

The second chapter contains the translation proposal. Specifically, the first article presents a study conducted on a sample of the Chinese population, which includes different social classes and explains the various psychological effects caused by the outbreak of a highly contagious and potentially deadly virus. The second article carries out a similar investigation, but focuses on the staff of the Xiangya Hospital in Changsha City.

The third chapter consists of an analysis of the problems encountered and the strategies adopted during the translation process. The thesis includes a glossary of the technical terms found in the texts.

摘要

本论文是两篇关于 2019 冠状病毒病（COVID-19）如何影响人类心理，尤其是对不同阶层人群以及医务人员影响的医学论文的翻译。

该论文一共分为三章。第一章为导言，主要概述了历史上的流行病及其对人类造成的心理影响，同时也将着重探讨 2019 冠状病毒病（COVID-19）。

第二章为两篇医学论文的意大利语翻译。第一篇论文介绍了一项以来自社会不同阶层的中国公民为样本的研究，并解释了一种高传染性并具有潜在致命风险的病毒在爆发时可能对人们造成的各种心理影响。第二篇论文也进行了与第一篇论文类似的调查，但研究对象主要是长沙市湘雅医院的工作人员。

第三章分析了本人在翻译过程中遇到的问题以及采取的相应策略。另外，在本论文的最后还附有两篇论文中所出现的术语词汇表。

Indice

Abstract	2
摘要.....	3
CAPITOLO 1:.....	6
Introduzione	6
1. Virus e storia	6
2. I Coronavirus.....	10
2.1 I sintomi dei Coronavirus	10
3. Il COVID-19: dall'allerta alla pandemia	11
4. La risposta pratica al COVID-19	12
5. La risposta mentale al COVID-19.....	13
5.1 I comportamenti irrazionali	14
5.2 Il sentimento del razzismo	15
5.3 La paura.....	15
5.4 La depressione	16
5.5 L'ansia e lo stress	17
5.6 La resilienza.....	18
6. La Cina come primo metro di paragone	19
CAPITOLO 2:.....	20
Le traduzioni	20
2.1 Articolo 1	20
2.2 Articolo 2	34
CAPITOLO 3:.....	50
Commento traduttologico	50
3.1 La traduzione specializzata	50
3.1.1 La traduzione medica	50
3.2 Tipologia testuale	52
3.3 Dominante e lettore modello	53
3.4 Macrostrategia traduttiva	53
3.5 Fattori lessicali	54
3.5.1 Nomi propri.....	54
3.5.2 Terminologia del personale ospedaliero.....	55
3.5.3 Nomi delle tecniche di misurazione psicometriche	56

3.6 Fattori morfosintattici	59
3.6.1 Paratassi e ipotassi.....	59
3.6.2 Verbi.....	61
3.6.3 Strutture ricorrenti.....	62
3.7 Tabelle.....	63
3.8 Riferimenti bibliografici	64
Conclusioni	66
Ringraziamenti.....	68
Glossario dei termini medici.....	69
Bibliografia.....	73

CAPITOLO 1:

Introduzione

1. Virus e storia

La storia dell'uomo è stata caratterizzata da sempre da decine di epidemie e pandemie causate da virus ignoti, conseguentemente a determinate condizioni igieniche e ambientali. La maggior parte delle pandemie hanno un'origine animale e si definiscono quindi delle zoonosi. In alcuni casi, queste violente e improvvise diffusioni di malattie nascono dalla stretta convivenza tra persone e animali da allevamento, favorite poi nella crescita dai grandi agglomerati urbani con elevata densità abitativa. Altre epidemie nella storia, invece, sono state provocate dalla colonizzazione e dalla conquista di nuovi territori, quando virus e batteri sconosciuti ai sistemi immunitari delle popolazioni autoctone hanno causato vere e proprie stragi.

Di epidemie e pandemie, purtroppo, si parla specialmente oggi, a causa del difficile periodo storico che stiamo vivendo, ma prima di entrare nel particolare è bene fare una distinzione fra i vari termini. Innanzitutto, con il termine epidemia (dal greco *epi* "sopra" e *dèmos* "popolo") si definisce «una malattia infettiva che colpisce nello stesso momento più individui appartenenti alla stessa comunità. L'epidemia può essere classificata come una pandemia se è molto estesa, o come un'endemia se è presente costantemente in una certa area geografica»¹. Per capire la velocità di diffusione di un virus, si può fare riferimento a termini come “focolaio epidemico”, “epidemia” e “pandemia”. Si parla di “focolaio epidemico” riferendosi ad un improvviso aumento di casi di una determinata malattia infettiva all'interno di una comunità, o regione ben circoscritta². Quanto a una malattia endemica invece, in seguito a quanto già affermato, il virus è costantemente presente nella popolazione e si può assistere a un certo numero di nuovi casi che possono aumentare o diminuire nel tempo, a seconda degli individui suscettibili alla malattia. Ne è un esempio il morbillo in Italia, dove negli ultimi anni il numero di vaccinazioni non è stato sufficiente a garantire una copertura vaccinale adeguata, ragion per cui, nel tempo, si è assistito a dei momenti in cui la malattia si è ripresentata con maggiore frequenza³. Si parla infine di epidemia quando un agente patogeno si diffonde rapidamente da un soggetto malato a più persone, facendo aumentare i casi della malattia

¹ D'AMATO Alberto, “Epidemie e pestilenze”, *Enciclopedia online Treccani*, URL: https://www.treccani.it/enciclopedia/epidemie-e-pestilenze_%28Enciclopedia-dei-ragazzi%29/ (consultato il 03.09.2020).

² “Malattie infettive: focolai, epidemie e pandemie” (online), *UFSP (Ufficio Federale della Sanità Pubblica) Confederazione Svizzera*, URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien.html> (consultato il 03.09.2020).

³ “Morbillo”, *EpiCentro*, 2020, URL: <https://www.epicentro.iss.it/morbillo/documentazione-italia> (consultato il 02.09.2020)

in questione più rapidamente rispetto alla norma, in un determinato luogo geografico. Un'epidemia diventa pandemia nel momento in cui si diffonde a livello globale, oltre a trasmettersi da persona a persona e provocare un numero significativo di morti⁴. Per dichiarare un virus “pandemico”, questo deve rispettare una classificazione di sei criteri progressivi sviluppata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, secondo cui il punto finale è la capacità del virus di sostenere focolai epidemici crescenti in due o più regioni mondiali⁵. Quando un virus nuovo e sconosciuto entra in contatto con l'uomo, è difficile prevederne le conseguenze. Il sistema immunitario dell'individuo potrebbe tenere sotto controllo il virus, impedendogli di adattarsi al nuovo ospite e di causare danni. In questo caso, chi viene a contatto con un patogeno può non accorgersene neppure. In altri casi, invece, il virus riesce a colpire le cellule umane (a volte di uno specifico tessuto, come quello polmonare nel caso del Covid-19), causando sintomi di varia natura e gravità. La capacità del virus di provocare danni al nostro corpo è definita come la sua «patogenicità», la cui forma più estrema è rappresentata dal decesso del paziente. In questi casi, di conseguenza, si può valutare la letalità del virus, il numero di morti sul totale dei pazienti che hanno contratto quella specifica malattia. Un altro parametro è invece la contagiosità o infettività. Questi termini sono associati alla capacità del virus di diffondersi da un individuo a un altro: più un virus è infettivo, più si diffonderà velocemente all'interno della popolazione⁶.

Le malattie, quindi, sono parte integrante della storia dell'umanità. Attualmente l'umanità è esposta alla minaccia del Coronavirus, ma è da quando l'essere umano ha iniziato a convivere nello stesso spazio, a creare una società e di conseguenza nuclei di persone, che le malattie infettive hanno assunto un ruolo caratteristico. Assieme alla crescita della popolazione mondiale, sono nati nuovi morbi che si sono diffusi gradualmente colpendo varie zone del pianeta, rappresentando una minaccia per intere civiltà. Fu così che si iniziarono a documentare le prime pandemie. Queste pandemie hanno talvolta trasformato le società in cui sono comparse e, molto probabilmente, hanno cambiato o influenzato in modo decisivo il corso della storia. Di seguito se ne riportano alcune che hanno messo in serie difficoltà l'esistenza umana nei secoli.

Nel 541, l'Impero bizantino sotto Giustiniano I, in uno dei suoi momenti di maggior splendore, fu colpito da una grave epidemia di peste, denominata in seguito “La peste di Giustiniano”. Si tratta

⁴ “Le pandemie nella storia: dal vaiolo del '500 al Covid-19” (online), *Fondazione Umberto Veronesi*, 2020, URL: <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/lesperto-risponde/le-pandemie-nella-storia-dal-vaiolo-del-500-al-covid-19> (consultato il 02.09.2020).

⁵ ROGERS Kara, “Who can declare a Pandemic and what criteria are required for an outbreak to be called a Pandemic?” (online), *Britannica Beyond*, 2020, URL: <https://beyond.britannica.com/who-can-declare-a-pandemic-and-what-criteria-is-required-for-it-be-called-a-pandemic> (consultato il 02.09.2020).

⁶ “Le pandemie nella storia: dal vaiolo del '500 al Covid-19” (online), *Fondazione Umberto Veronesi*, 2020, URL: <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/lesperto-risponde/le-pandemie-nella-storia-dal-vaiolo-del-500-al-covid-19> (consultato il 02.09.2020).

della prima epidemia di peste di cui si è a conoscenza e sembra che il virus sia stato trasmesso dal batterio *Yersinia pestis*, trasmesso dai ratti all'uomo attraverso le pulci⁷. La malattia, e con essa la paura e l'isteria, si diffusero ad una velocità vertiginosa a Costantinopoli, una città di quasi 800.000 abitanti, e da lì verso tutto l'impero. Lo stesso imperatore fu vittima della peste, ma riuscì a guarire. Alla fine dell'epidemia, la capitale imperiale aveva perso quasi il 40% della sua popolazione, in tutto l'impero avevano perso la vita 4 milioni di persone e le conseguenze economiche furono catastrofiche⁸.

In seguito, l'umanità visse una delle peggiori epidemie a metà del XIV secolo, tra il 1346 e il 1353: la Peste nera. Generatasi in Asia centro-settentrionale, si diffuse poi in Europa, nel Nord Africa e nel Caucaso. Era conosciuta per i suoi precedenti, ma le sue cause e il suo trattamento erano completamente ignorati. Questo, insieme alla velocità di diffusione, l'hanno resa una delle più grandi pandemie della storia. Solo cinque secoli più tardi venne scoperta la sua origine animale, e il suo collegamento con i ratti, che durante il Medioevo convivevano nelle grandi città con le persone e si spostavano con gli stessi mezzi di trasporto, come le navi, portando il virus verso città lontane. I numeri che ha lasciato dietro di sé questa epidemia sono sconvolgenti. Secondo i dati in possesso degli storici, si stima che la penisola iberica perse circa il 60-65% della popolazione e la Toscana fra il 50 e il 60%. La popolazione europea passò da 80 a 30 milioni di persone⁹.

Un altro virus fortemente contagioso e letale è stato il Vaiolo, patogeno antichissimo, di cui sono stati ritrovati segni perfino nelle mummie egizie di persone morte circa 3000 anni fa¹⁰. Il suo nome fa riferimento alle pustole che apparivano sulla pelle di chi ne soffriva. Era una malattia grave ed estremamente contagiosa che decimò la popolazione mondiale dalla sua comparsa, arrivando ad avere tassi di mortalità fino al 30%. Si espanse massicciamente in Europa durante il XVIII secolo, infettando e sfigurando milioni di persone. Fortunatamente, la malattia è stata debellata tramite la vaccinazione. L'ultimo caso conosciuto di vaiolo nel mondo è stato diagnosticato nel 1977 in Somalia. L'Organizzazione mondiale della sanità ha dichiarato ufficialmente debellata questa malattia nel 1980¹¹.

⁷ HARBECK Michaela, SEIFERT Lisa, HÄNSCH Stephanie et al., "[Yersinia pestis DNA from Skeletal Remains from the 6th Century AD Reveals Insights into Justinianic Plague](#)", *Plos Pathogens*, vol. 9, n. 5, 2013, pp. e1003349.

⁸ SABBATANI Sergio, MANFREDI Roberto, FIORINO Sirio, "La peste di Giustiniano (prima parte)", *Le Infezioni in Medicina*, n. 2, 2012, pp. 125-139.

⁹ PANÉ Huguet, Guiomar, "Le grandi pandemie della storia" (online), *National Geographic*, 2020, URL: https://www.storicang.it/a/le-grandi-pandemie-della-storia_14759/2 (consultato il 02.09.2020).

¹⁰ SEMPRINI Antonio, "Storia del Vaiolo, dalle origini al vaccino" (online), *Pediatria online*, 2020, URL: http://www.pediatria.it/storiapediatria/p.asp?nfile=storia_del_vaiolo (consultato il 03.09.2020).

¹¹ "Vaiolo", *EpiCentro*, 2020, URL: <https://www.epicentro.iss.it/vaiolo/> (consultato il 02.09.2020).

Fra i morbi dell'epoca contemporanea troviamo le tre pandemie influenzali del ventesimo secolo: l'Influenza spagnola, l'Influenza asiatica e l'Influenza di Hong Kong¹². La prima risale al 1918, causata dal virus influenzale A (H1N1), che contagiò mezzo miliardo di persone uccidendone almeno 50 milioni, anche se alcune stime parlano di 100 milioni di morti. Nel marzo 1918, durante gli ultimi mesi della Prima Guerra Mondiale, fu registrato il primo caso di Influenza spagnola, paradossalmente, in un ospedale degli Stati Uniti. Fu battezzata così perché la Spagna rimase neutrale nella Grande Guerra e le informazioni sulla pandemia circolavano liberamente, a differenza degli altri Paesi coinvolti nella lotta che cercavano di nascondere i dati. Questo ceppo virulento del virus dell'influenza si diffuse in tutto il mondo contemporaneamente agli spostamenti delle truppe sui fronti europei. I sistemi sanitari rischiarono il collasso e le camere mortuarie funebri non riuscivano a stare al passo con le vittime¹³. Vi è poi l'Influenza asiatica, il cui virus influenzale A (H2N2) fu registrato per la prima volta nella provincia dello Yunnan, in Cina, nel 1957 e in meno di un anno si diffuse in tutto il mondo. A quel punto, il ruolo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità progettava ogni anno un vaccino destinato a mitigare gli effetti delle mutazioni influenzali. Sebbene i progressi medici in relazione alla pandemia dell'influenza spagnola abbiano contribuito a contenere molto meglio l'avanzata del virus, questa pandemia ha registrato un milione di morti in tutto il pianeta. Solo dieci anni dopo apparve, ancora una volta in Asia, la cosiddetta Influenza di Hong Kong. Una variazione del virus influenzale A (H3N2) fu registrata in questa città nel 1968 e si diffuse in tutto il mondo con un modello molto simile a quello dell'influenza asiatica. Questo nuovo ceppo di influenza causò circa un milione di vittime¹⁴.

Infine, una delle più gravi e recenti pandemie conosciute dalla società odierna è quella del virus dell'Immunodeficienza umana, l'HIV, meglio noto come AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*). I primi casi documentati sono apparsi nel 1981, e da allora il virus si è diffuso in tutto il mondo concentrando gran parte degli sforzi delle autorità mondiali della sanità. Si pensa che la sua origine sia stata animale e i suoi effetti contemplano l'indebolimento del sistema immunitario¹⁵. Di per sé, quindi, il virus non è letale, ma lo sono le sue conseguenze, perché lasciano l'organismo indifeso di fronte ad altre malattie. Il suo contagio avviene per contatto con fluidi corporei. Anche se queste vie di trasmissione lo rendono meno contagioso rispetto ad altri virus come l'influenza, l'ignoranza iniziale ha permesso che si diffondesse molto rapidamente. Si stima che l'HIV abbia

¹² “Le pandemie influenzali del ventesimo secolo”, *EpiCentro*, 2010, URL: <https://www.epicentro.iss.it/passi/storiePandemia> (consultato il 02.09.2020).

¹³ SABBATANI Sergio, FIORINO Sirio, “La pandemia influenzale «spagnola»”, *Le Infezioni in Medicina*, n. 4, 2007, pp. 272-285.

¹⁴ “Le pandemie influenzali del ventesimo secolo”, *EpiCentro*, 2010, URL: <https://www.epicentro.iss.it/passi/storiePandemia> (consultato il 02.09.2020).

¹⁵ “Individuata l'origine dell'HIV”, *Commissione Europea*, 2006, URL: <https://cordis.europa.eu/article/id/25712-source-for-hiv-located/it> (consultato il 02.09.2020).

causato circa 25 milioni di morti in tutto il mondo¹⁶. Dopo una panoramica sui morbi più deleteri della storia, di seguito verrà trattato il più attuale, nonché oggetto del presente lavoro di tesi: il Coronavirus (Covid-19).

2. I Coronavirus

I Coronavirus (CoV) sono un'ampia famiglia di virus respiratori che possono causare malattie da lievi a moderate, dal comune raffreddore a sindromi respiratorie come la MERS (sindrome respiratoria mediorientale, *Middle East Respiratory Syndrome*), apparsa nel 2012, e la SARS (sindrome respiratoria acuta grave, *Severe Acute Respiratory Syndrome*), che ha provocato un'altra epidemia in Cina nel 2002. I Coronavirus sono chiamati così per le punte a forma di corona presenti sulla loro superficie. Sono comuni in molte specie animali, come ad esempio i cammelli e i pipistrelli, ma in alcuni casi possono evolversi e infettare l'uomo per poi diffondersi nella popolazione. Da qui si ritorna al concetto di zoonosi, o *spillover* in inglese, termine utilizzato per riferirsi a malattie infettive che si trasmettono dagli animali vertebrati all'uomo, il cosiddetto "salto di specie" per cui un patogeno, in genere un virus, può passare direttamente dall'animale all'uomo.

Le zoonosi possono essere causate da virus, batteri, parassiti o altri tipi di patogeni, ma è bene specificare che non sempre gli animali sono direttamente fonte di infezione: spesso, infatti, i microrganismi sono trasmessi all'uomo da acqua e cibi contaminati¹⁷. Attualmente, per "nuovo Coronavirus" si intende un nuovo ceppo dello stesso che non è stato precedentemente mai identificato nell'uomo. I coronavirus umani conosciuti ad oggi sono sette, alcuni identificati diversi anni fa, i primi a metà degli anni Sessanta, e alcuni identificati nel nuovo millennio. Fra i primi quattro comuni troviamo: i 229E (coronavirus alpha), gli NL63 (coronavirus alpha), gli OC43 (coronavirus beta) e gli HKU1 (coronavirus beta), mentre fra gli altri coronavirus umani si conoscono: il MERS-CoV (il coronavirus beta che causa la *Middle East Respiratory Syndrome*), il SARS-CoV (il coronavirus beta che causa la *Severe Acute Respiratory Syndrome*) e il più attuale, il SARS-CoV-2 (il coronavirus che causa la COVID-19)¹⁸.

2.1 I sintomi dei Coronavirus

¹⁶ "Infezione da HIV e AIDS", *EpiCentro*, 2011, URL: <https://www.epicentro.iss.it/aids/> (consultato il 02.09.2020).

¹⁷ QUAMMEN David, *Spillover. L'evoluzione delle pandemie*, Milano, Adelphi, 2017, pp. 8-16.

¹⁸ "Cosa sono i Coronavirus", *EpiCentro*, 2020, URL: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/cosa-sono> (consultato il 03.09.2020).

I Coronavirus umani comuni, di solito, causano malattie del tratto respiratorio superiore da lievi a moderate, come il comune raffreddore, che durano per un breve periodo di tempo. I sintomi sono generalmente quelli di una comune influenza stagionale, come naso che cola, mal di testa, tosse, gola infiammata, febbre e una sensazione generale di malessere. Nei casi più gravi, come quelli dei virus MERS-CoV e SARS-CoV che hanno fatto il salto di specie, i Coronavirus umani possono causare malattie del tratto respiratorio inferiore, come polmonite o bronchite, sindrome respiratoria acuta grave, insufficienza renale e persino la morte, poiché circa 3 o 4 casi su 10 sono risultati letali. Questo è più comune nelle persone con preesistenti patologie croniche dell'apparato cardiovascolare e/o respiratorio, nei soggetti con un sistema immunitario indebolito, nei neonati e negli anziani¹⁹.

3. Il COVID-19: dall'allerta alla pandemia

Il COVID-19 (*Corona Virus Disease*) è apparso il 31 dicembre 2019, quando le autorità sanitarie cinesi hanno notificato un focolaio di casi di polmonite ad eziologia non nota in Cina, precisamente nella città di Wuhan, nella provincia dello Hubei. Inizialmente, era stato riscontrato che la maggior parte dei casi avevano riferito un'esposizione al *Wuhan's South China Seafood City market*, pertanto, si sospettava un possibile meccanismo di trasmissione da animali vivi. Il 9 gennaio 2020, il *China CDC* (il Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie della Cina) ha identificato un nuovo Coronavirus, provvisoriamente chiamato 2019-nCoV, come causa di queste patologie. Poco dopo, le autorità sanitarie cinesi hanno confermato la trasmissione inter-umana del virus, e l'11 febbraio 2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha denominato in maniera definitiva la malattia respiratoria causata dal 2019-nCoV, chiamata COVID-19.

In seguito, il Gruppo di Studio sul Coronavirus (CSG) del Comitato internazionale per la tassonomia dei virus (International Committee on Taxonomy of Viruses) ha classificato ufficialmente con il nome di SARS-CoV-2 il virus provvisoriamente chiamato dalle autorità sanitarie internazionali 2019-nCoV e responsabile dei casi di COVID-19. Il CSG è responsabile nel definire la classificazione ufficiale dei virus e la tassonomia della famiglia dei Coronaviridae, e dopo aver valutato la novità del patogeno umano, sulla base della filogenesi, della tassonomia e della pratica consolidata, ha associato formalmente questo virus con il Coronavirus che causa la sindrome respiratoria acuta grave (SARS-CoVs, *Severe Acute Respiratory Syndrome*

¹⁹ "Sintomi e diagnosi", *EpiCentro*, 2020, URL: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sintomi-diagnosi> (consultato il 03.09.2020).

Coronaviruses) classificandolo, appunto, come *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2)²⁰.

Inizialmente, nonostante le prime preoccupazioni, la maggior parte del mondo era ancora della convinzione che questo nuovo e misterioso morbo sarebbe rimasto circoscritto alla sua zona di nascita. Purtroppo, l'umanità si era dimenticata di un concetto estremamente importante: un virus non conosce confini. Nei restanti mesi invernali, i contagi sono letteralmente schizzati alle stelle, prima in Cina, dove i casi confermati a inizio febbraio avevano superato i 15.000 e poi, a mano a mano, nel resto del pianeta. In Italia il picco di contagi è stato registrato il 22 marzo 2020, con più di 6.500 casi confermati e più di 500 nuovi contagi giornalieri²¹. Il 30 gennaio 2020, dopo la seconda riunione del Comitato di sicurezza, il Direttore generale dell'OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, aveva già dichiarato il focolaio internazionale da SARS-CoV-2 un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale (Public Health Emergency of International Concern - PHEIC). L'11 marzo 2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, dopo aver valutato i livelli di gravità e diffusione dell'infezione da SARS-CoV-2, ha dichiarato che il focolaio di COVID-19 può essere considerato una pandemia²².

4. La risposta pratica al COVID-19

Le autorità sanitarie e i governi di tutto il mondo si sono mobilitati tempestivamente nell'attuazione di norme, decreti e conseguenti sanzioni, al fine di contenere al massimo questa improvvisa epidemia. In Italia, la sera del 9 marzo il premier Giuseppe Conte ha annunciato agli italiani che "purtroppo tempo non ce n'è". A causa dell'ingente numero di malati e di vittime, viene emesso un nuovo decreto e stabilito un periodo di lockdown, parola dal suono duro per dire che il paese si chiude e si ferma, tranne i servizi essenziali²³. Oltre alla chiusura di quasi tutte le attività lavorative (escluse quelle relative all'alimentazione e alla sanità), sono state chiuse anche le scuole, le università, le palestre e i centri sportivi, tutte le attività appartenenti al campo della ristorazione e perfino della cura della persona. Era fondamentalmente vietato uscire di casa, se non per motivi essenziali, e soprattutto vedere altre persone. Assieme ai divieti, si è iniziato a impartire

²⁰ "Pandemia di COVID-19", *EpiCentro*, 2020, URL: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2> (consultato il 02.09.2020).

²¹ "WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard", *World Health Organization*, 2020, URL: <https://covid19.who.int/> (consultato il 03.09.2020)

²² "Nuovo Coronavirus", *Ministero della Salute*, 2020, URL: <http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5338&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto> (consultato il 03.09.2020).

²³ "Coronavirus, le misure adottate dal Governo", *Governo Italiano Presidenza del Consiglio dei Ministri*, 2020, URL: <http://www.governo.it/it/coronavirus-misure-del-governo> (consultato il 03.09.2020).

quotidianamente lezioni e consigli igienico-sanitari, tramite qualunque canale di trasmissione di informazioni. Bisognava iniziare a sanificare gli ambienti, disinfettare le superfici ed era diventato obbligatorio l'utilizzo dei DPI, dispositivi di protezione individuale, quali guanti, mascherine e, in ambito ospedaliero, anche gli occhiali, poiché è ormai risaputo che la trasmissione del COVID-19 avviene in modo diretto o indiretto tramite secrezioni corporee che passano attraverso le mucose. L'attuale epidemia rappresenta una svolta epocale e repentina nella vita delle persone, soprattutto per coloro che non hanno mai vissuto nulla del genere. Ma quali effetti mentali ha prodotto chiudersi in casa, con e senza i propri cari, lasciando fuori un mondo che si è momentaneamente fermato?

5. La risposta mentale al COVID-19

Gestire la popolazione e far sì che rispetti le raccomandazioni e le indicazioni volte a superare un problema sanitario di simile portata con il minor numero di contagiati e deceduti è un'enorme difficoltà per le autorità. Questo soprattutto se prevede confinare ermeticamente le persone nei propri domicili in maniera coercitiva, dando inizialmente la sensazione di violazione delle libertà personali. È bene specificare che storicamente ci sono stati Paesi più afflitti di altri da questo genere di emergenze, come quelli asiatici e africani. In quelle zone, la popolazione è ben più consapevole dell'importanza di conformarsi alle misure preventive stabilite per la loro salute e le persone sono quindi più preparate. Le indicazioni da seguire in merito al COVID-19 erano semplici: lavarsi spesso le mani, non toccarsi occhi, naso e bocca e mantenere la distanza minima di un metro con le persone. Ciononostante, queste istruzioni non tengono conto del cosiddetto "effetto IKEA", secondo cui un individuo si sente meglio e più realizzato se compie azioni di medio livello di difficoltà imparando qualcosa, come montare un mobile prefabbricato seguendo le istruzioni. Questa strategia, per l'appunto, è utilizzata proprio dalla casa di produzione svedese, che basa il suo intero operato su questo concetto²⁴. Secondo questa mentalità quindi, nell'odierna epoca del COVID-19 i cittadini si sentiranno più soddisfatti se consapevoli di contribuire effettivamente al contenimento della diffusione della malattia. Pertanto, quando sono emerse iniziative particolari per contribuire dai propri domicili (in Spagna alcuni utenti di stampanti 3D hanno realizzato attrezzature per gli ospedali), le persone vi hanno aderito con entusiasmo, avendo la sensazione di poter lottare anche loro contro il Coronavirus. Al contrario, avere la sensazione che sia tutto in mano ai "poteri forti" provoca insoddisfazione e mancanza di aderenza alle misure stabilite. Questi aspetti psicologici

²⁴ DE LA SERNA Juan, Moisés, *Aspetti psicologici nei tempi della pandemia*, Torino, Tektime Edizioni, 2020, p. 55.

vengono sottovalutati il più delle volte, ed è il motivo per cui la maggior parte delle campagne volte ad adottare comportamenti sanitari, e non solo, si rivelano spesso fallimentari.

A seguito di questa reclusione forzata, molte persone sono state portate a pensare di poter fare finalmente ciò che la vita di tutti i giorni aveva impedito loro fino a quel momento. Si è potuto destinare più tempo alla propria famiglia, riscoprire hobby casalinghi, dedicare più tempo alle riparazioni di casa e quel genere di mansioni che si tendono a rimandare nella routine quotidiana. L'esordio di questa domiciliazione coercitiva ha portato, in buona parte dei cittadini, un'iniziale fase di euforia, correlata alla voglia di manifestare la capacità di resistere al morbo, «un'euforia che ha prodotto una sensazione galvanizzante: l'idea che fossimo per una volta tutti uguali di fronte allo stesso pericolo senza distinzioni sociali ed economiche»²⁵. Per molte famiglie, soprattutto per quelle che hanno legami affettivi più solidi, l'isolamento è stato visto come una sorta di *comfort zone*: per qualcuno la casa è diventata un nido complice e confortevole, un rifugio rispetto alla quotidianità pre-virus, regolata da ritmi frenetici. Inoltre, l'impatto con le misure restrittive durante la prima fase del lockdown ha indotto, in molte persone, un atteggiamento di collaborazione anche sociale ed extrafamiliare (gruppi di persone che si organizzavano per andare a portare beni di prima necessità a domicilio), che si è fatto strada assieme all'idea che potessimo sperimentare in massa un nuovo modo di lavorare, lo *smart working*, per sopperire al peso dei sensi di colpa legati a una produttività meno frenetica del solito.

Tuttavia, questi sentimenti col tempo si sono molto affievoliti, iniziandosi ad alternare con sentimenti di malinconia, preoccupazione, dubbio e paura, dal momento in cui la conta degli infetti e dei morti saliva, fomentata dalla forte propaganda mediatica. L'epidemia, infatti, per quanto devastante per la salute, preoccupa anche per il futuro lavorativo e per il futuro formativo, entrambi già incerti prima dello scoppio del Coronavirus. Da una fase euforica si è passati gradualmente a una fase più malinconica, dove emergevano momenti di tristezza e di preoccupazione e anche i legami familiari e coniugali hanno incontrato imprevedibili ostacoli. Nello specifico, lo scoppio dell'epidemia e il conseguente stato di quarantena hanno compromesso, a livello più o meno grave, la salute mentale delle persone, dei veri e propri comportamenti mentali che verranno analizzati di seguito.

5.1 I comportamenti irrazionali

Le emozioni sono una componente psicologica fondamentale presenti in ogni azione e decisione che prendiamo, cause primarie di tutti i nostri comportamenti. Secondo alcuni studi, si potrebbero

²⁵ CREPET Paolo, *Vulnerabili*, Milano, Mondadori, 2020, p. 46.

considerare tre stati emozionali: positivo (gioia, felicità), neutro (indifferenza) e negativo (tristezza, infelicità)²⁶. Questi, a seguito di un certo modo dell'individuo di relazionarsi e rispondere all'ambiente circostante, possono diventare cronici e manifestare deviazioni anomale dell'elaborazione emotiva, che vanno dall'accentuazione di tratti ansiosi o fobici, a patologie come il Disturbo d'ansia generalizzato o il Disturbo depressivo maggiore. Queste circostanze fanno sì che, a fronte di un'emergenza sanitaria come quella attualmente in atto, le autorità prestino particolare attenzione agli aspetti emotivi della popolazione per evitare che il confinamento possa nuocere a tal punto da provocare disfunzioni a livello emotivo.

5.2 Il sentimento del razzismo

Il razzismo è la posizione che implica il sentirsi identificati con una razza, di solito la propria, considerando le altre inferiori e diverse. Possono verificarsi delle circostanze che fomentano questo senso di appartenenza sociale, occasioni in cui l'atteggiamento razzista è prodotto da circostanze estranee alla popolazione oggetto di discriminazione, proprio come nell'attuale contesto di crisi sanitaria. È noto, infatti, che l'origine della malattia si è verificata in Cina, il che ha causato un aumento di atti di violenza verbale e fisica contro le persone con tratti orientali, a prescindere dalla loro provenienza. Spesso, addirittura, ne sono state vittime anche persone che volevano difendere le persone colpite. Reagire mettendo a rischio se stessi è un atto che dimostra un alto livello di altruismo e compassione, che può essere psicologicamente considerata un protettore contro le emozioni negative quali ansia, rabbia o paura, oltre a poter favorire l'amicizia e le relazioni sociali. La compassione, inoltre, viene associata all'empatia, la capacità di comprendere e emozioni dell'altro e mettersi nella sua situazione²⁷. Quanto alle aggressioni ai soggetti di etnia orientale, il motivo principale per cui sono stati spesso vittime di violenze è perché inizialmente le autorità di alcuni governi raccomandavano di indossare la mascherina specialmente nel caso in cui l'individuo manifestasse sintomi influenzali; le persone quindi credevano di avere un infetto di fronte a loro, il che provocava paura e conseguente aggressività.

5.3 La paura

A seguito di quanto appena affermato, si potrebbe parlare di un comportamento aggressivo motivato da sentimenti di paura del contagio e della "difesa" del proprio territorio, una condotta decisamente

²⁶ DE LA SERNA Juan, Moisés, *Aspetti psicologici nei tempi della pandemia*, op. cit., p. 98.

²⁷ *Ivi*, p. 120.

da condannare, ma che spesso viene spiegata con il fatto che la paura può portare a giustificare tutto. Nel campo della scienza comportamentale sono state esposte diverse teorie sull'essenza della natura dell'essere umano: è prevalentemente emotivo o riflessivo?

Ci sono studiosi che sostengono che, date determinate circostanze, le emozioni bloccano e annullano la cognizione, poiché le abilità e le capacità affettive sono proprio i tratti che caratterizzano gli esseri umani. Ne è un esempio classico il movimento di massa causato da un improvviso attacco terroristico, in cui si propaga il sentimento di paura impedendo di pensare razionalmente. Secondo il pensiero opposto invece, l'essere umano si distingue dagli animali proprio per le sue capacità cognitive superiori, mettendo le emozioni in secondo piano; si sostiene, quindi, che le nostre decisioni siano frutto di una ragionata analisi costi-benefici e che i conseguenti comportamenti non siano giustificabili con delle "emozioni". Infine, l'ultima corrente di pensiero stabilisce che sfera cognitiva e sfera emotiva esistano indipendentemente ma che spesso si ritrovino a collaborare. Il comportamento umano, pertanto, sarebbe a volte guidato più dal ragionamento, altre volte dal sentimento²⁸.

5.4 La depressione

Nella mentalità umana, vi sono molti fattori che possono generare tristezza: fra questi, il più grave è forse dovuto alla presenza e alla consapevolezza di una malattia. Il pensiero di questa, infatti, avrà un effetto diretto sullo stato d'animo della persona, incluso il modo in cui si relaziona con se stessa e con gli altri. Si può alterare in modo significativo il suo umore, potendo portare anche alla depressione. Quando compaiono i sintomi della depressione la situazione peggiora, poiché si riduce la qualità della vita dell'individuo, con un peggioramento dell'umore e conseguentemente del sistema immunitario, che fa entrare in un circolo vizioso. Peggio starà fisicamente la persona, peggio starà psicologicamente, e quanti più sintomi depressivi soffre, tanto peggio il corpo risponderà.

Le conseguenze di questo circolo vizioso sono un aggravamento dei sintomi, quindi una prognosi peggiore. Da qui l'importanza di rilevare i primi sintomi della depressione, in modo da trattarli il prima possibile e impedire che progrediscano. La depressione, in base alla sua origine, può essere esogena ed endogena. Nel primo caso proviene da eventi negativi esterni che la persona sperimenta e che influenzano il suo umore, come la perdita di una persona cara. Tra i molti effetti di questo genere di depressione vi sono i sentimenti di colpa, disperazione, sensazione di inutilità, oltre ad un aumento della sensibilità al dolore, con disagio persistente, affaticamento, problemi

²⁸ *Ivi*, pp. 124-129.

digestivi e irritabilità. La depressione endogena, invece, è la depressione causata dalla situazione vissuta in relazione al confinamento e l'impossibilità di svolgere alcune attività che in precedenza arricchivano la vita emotiva della persona e la cui perdita temporanea può causare sintomi depressivi, fra cui una forte irritabilità²⁹.

5.5 L'ansia e lo stress

Nella vita quotidiana vi sono diverse situazioni che richiedono una forte attenzione, che mettono in allerta il nostro sistema, in cui il nostro corpo deve dare la miglior risposta possibile sotto tutti i fronti. Queste richieste mettono in circolo un sentimento di ansia generale e producono stress. Lo stress costante, nel medio o lungo periodo, può essere dannoso per la salute e viene chiamato *distress*, ma esiste anche uno stress "positivo", chiamato *eustress*, ovvero lo stress che per un breve periodo migliora le capacità e fornisce risposte più efficaci nelle attività da svolgere³⁰. Si potrebbe affermare che il primo è la prosecuzione dannosa del secondo. In una situazione valutata come impegnativa ma attraente e stimolante, come un modo per eccellere, l'individuo è motivato a dare il meglio di sé, ottenendo successi che altrimenti, senza la produzione di queste sensazioni non verrebbero raggiunti. Ciononostante, se questo atteggiamento mentale viene mantenuto nel tempo, si verifica l'esaurimento delle risorse e l'ansia e lo stress smettono di essere un elemento motivante, diventando pesanti e insopportabili e dando spazio alla malattia: la Sindrome da adattamento generale. Questa si divide in tre fasi: la fase iniziale, la reazione di allarme, quando si verifica lo stimolo o la situazione ansiogena, in cui l'organismo deve prepararsi a rispondere. Segue la fase di adattamento, in cui viene lanciato il meccanismo dell'asse Ipotalamo-Ipofisi-Surrene (HPA) per rispondere alla domanda stressante; se quest'ultima scompare, l'organismo tenderà a disattivarsi utilizzando lo stesso percorso HPA, in modo che il cortisolo dalle ghiandole surrenali inibisca la produzione dell'ormone di rilascio di corticotropina dalla ghiandola pituitaria disattivando l'asse HPA, ripristinando così i livelli basali anteriori all'inizio dello stress. Se lo stimolo invece persiste, si passerà alla fase finale, o di esaurimento, in cui le risorse del corpo sono limitate e disponibili per un breve periodo, superato il quale si verifica l'esaurimento delle stesse, nonché dello stato di tensione che provoca³¹. Questa stanchezza porterà tutta una serie di conseguenze nei diversi sistemi coinvolti che possono indurre la persona ad ammalarsi.

L'ansia e lo stress a medio termine prodotti dal confinamento e dalla consapevolezza dell'epidemia avranno una serie di conseguenze, come dolori muscolari, disturbi del sonno e

²⁹ Ivi, pp. 193-196.

³⁰ Ivi, p. 198.

³¹ SELYE Hans, *cit. in* Ivi, pp. 199-200.

dell'umore e immunodeficienza. Le stesse sensazioni a livello cronico causeranno poi effetti più gravi, diventando responsabili di disturbi digestivi che possono portare a ulcere e diarrea, obesità causata da un aumento dell'appetito, indebolimento del sistema immunitario, perdita di memoria ecc. A livello psicologico aumenteranno i sintomi di disturbi come schizofrenia, poiché la tossicità dovuta ad alti livelli di cortisolo nel cervello comporta il coinvolgimento di alcune strutture neuronali, che si ripercuoteranno sulle prestazioni cognitive³².

5.6 La resilienza

La resilienza è l'insieme di capacità e abilità personali che l'individuo ha a sua disposizione per affrontare le situazioni più difficili ed emergere vittorioso da esse. È un concetto fondamentale, al quale bisogna fare riferimento nel momento in cui si parla del ruolo dello stress nel mondo emotivo e delle sue conseguenze sull'organismo. La resilienza è recentemente diventata un concetto chiave della psicologia come un modo di affrontare la vita. Si tratta di una "formula" per superare qualsiasi avversità, qualcosa che sembra essere legato al carattere di una persona, ma anche al suo modo di pensare e vedere la vita. Questo concetto nasce dalla testimonianza dei sopravvissuti ai casi ed avvenimenti più estremi ai quali una persona può essere soggetta, come ad esempio i sopravvissuti ai campi di concentramento nazisti della Seconda guerra mondiale, dove si è studiato il motivo per cui alcune persone ce l'abbiano fatta ed altre no, e come le prime siano riuscite a ricominciare una vita normale, mentre altre sono sprofondate nella disperazione³³.

Attualmente, la resilienza viene usata in terapia per curare le persone sopravvissute a situazioni estreme e anche per aiutarle a superare le difficoltà quotidiane della vita, volte a rafforzare le capacità di resistenza che sono già presenti in ognuno di noi. Si stima, pertanto, che la resilienza sia una capacità insita in ogni persona, come una qualità con cui si nasce, ma che possa essere allenata e sviluppata ed è fondamentale per la nostra protezione della salute mentale. È importante rilevare e allenare questa capacità sin dall'infanzia, di modo che l'individuo possa essere in grado di affrontare le problematiche e le avversità che gli si presenteranno nella vita, sul lavoro, nei rapporti sociali, nella sfera familiare e sentimentale. La resilienza, di fronte a situazioni come quella del confinamento causato dall'epidemia, è essenziale, poiché aiuta a contrastare gli alti livelli di stress e dei sentimenti di inutilità e depressione che possono essere generati in una situazione così singolare. Inoltre, la scarsa resilienza può portare a un disturbo del sonno associato all'ansia e ad altri disturbi

³² *Ivi*, p. 201.

³³ *Ivi*, p. 214.

psicosomatici. «Nella misura in cui la persona sarà in grado di “mettere in prospettiva” la situazione e trovare un “senso della vita”, sarà molto più facile affrontare e gestire la situazione»³⁴.

6. La Cina come primo metro di paragone

Finora è stato analizzato, in generale, come la manifestazione improvvisa di un nuovo agente patogeno possa nuocere, in primis fisicamente e in secondo luogo mentalmente, alla salute umana. Di seguito, nel presente lavoro di tesi sarà possibile approfondire i concetti soprattrattati, attraverso la traduzione di due articoli scientifici. Tramite una serie di indagini condotte da alcuni studiosi cinesi, sarà possibile “toccare con mano” la situazione epidemica, grazie a diversi e importanti risultati sulla base di dati numerici. Verrà fornita quindi una panoramica della condizione della Cina, il primo Paese interessato dal morbo, che potrebbe risultare un interessante metro di paragone per qualunque lettore.

Nello specifico, il primo articolo studia la popolazione cinese in modo generale, analizzando le condizioni di salute e le reazioni delle persone in base al loro contesto di vita quotidiana, lavorativa e sociale. Il secondo articolo, invece, si focalizza proprio sulla parte di popolazione cinese direttamente interessata nella lotta pratica alla pandemia: il personale ospedaliero. Sarà interessante vedere come, nonostante il trascorso educativo, la lontananza dall’epicentro della malattia e altri fattori, per entrambi i campioni di popolazione possono manifestarsi alcune delle patologie psicologiche sopracitate, in maniera più o meno incisiva, e analizzare nello specifico come funzionano i suddetti meccanismi della mente. Si verificherà come l’ansia o la depressione possono colpire gli uni più degli altri e quanto sia importante ritrovare in se stessi e sviluppare il sentimento di resilienza.

³⁴ *Ivi*, p. 218.

CAPITOLO 2: Le traduzioni

2.1 Articolo 1

L'ansia e i suoi fattori d'influenza in seguito allo scoppio del Coronavirus nel 2019

Chen Suhong¹, Dai Junming¹, Hu Qiao², Chen Hao¹, Wang Yi¹, Gao Junling¹, Zheng Pinpin¹, Fu Hua¹

(¹Laboratorio di Didattica e Ricerca per l'Educazione Sanitaria e la Medicina Preventiva, Scuola di Sanità Pubblica, Fudan University, Shanghai 200032; ²Istituto Globale di Sviluppo Aziendale del Zhejiang, Scuola di Management, Zhejiang University of Technology, Hangzhou 310014)

ABSTRACT: *Obiettivo:* analizzare lo stato psicologico pubblico e i suoi fattori d'influenza allo scoppio del Coronavirus (COVID-19) e fornire le basi per l'intervento sulla salute mentale. *Metodo:* dal 31 gennaio al 2 febbraio 2020 è stato messo a punto un questionario online per condurre uno studio trasversale, al quale sono stati sottoposti individui adulti colpiti dall'epidemia in varie zone della Cina. Il questionario includeva: dati demografici, dati relativi allo stato di ansia generale, alla resilienza psicologica e una scala di autovalutazione dei fattori di stress. Per l'analisi statistica, inoltre, sono stati utilizzati il Test chi quadrato e l'analisi di Regressione logistica. *Risultati:* è stato ottenuto un totale di 4.827 questionari validi, con un'età media di (32,3±10,0) anni, in cui le donne rappresentavano il 67,7%. Solamente il 7,9% era stato in precedenza nella provincia dello Hubei, mentre il 14,8% rappresentava casi sospetti o confermati nella comunità. Il punteggio medio di GAD-7 era di 6,29±5,48 e il tasso di incidenza dell'ansia da moderata a grave corrispondeva al 22,6%. Con l'ansia da moderata a grave come variabile dipendente, l'analisi di Regressione logistica ha rilevato che una consapevolezza alta o moderata del COVID-19 (OR: 2,74~7,97, P<0,001) e una forte percezione del pericolo di trasmissione del virus (OR=1,74, 95%CI: 1,37~2,20) possono incrementare in modo significativo il rischio di ansia. Inoltre, avere un'età compresa tra 35 e 44 anni, essere pensionati o tecnici non specializzati, essere stati precedentemente nello Hubei ed essere a conoscenza di casi confermati o sospetti nella comunità erano fattori di

rischio per l'ansia($P<0,05$), mentre essere in possesso di un diploma di laurea o superiore e avere una forte resilienza psicologica erano fattori di protezione dall'ansia ($P<0,05$).*Conclusioni:* nel corso dell'epidemia un'eccessiva attenzione alle informazioni relative al COVID-19 e alla percezione del pericolo di trasmissione aumentava il rischio di ansia. La popolazione è generalmente agitata, pertanto bisogna rafforzare l'intervento psicologico, aumentare il supporto sociale e migliorare la resilienza psicologica.

Parole chiave: ansia; emergenza sanitaria pubblica; resilienza psicologica; fattori di stress

CLC: R181.8+1, R511**Codice documento:** A

E-mail dell'autore (DAI Junming): jmdai@fudan.edu.cn

Orario di pubblicazione in rete: 2020-05-29 15:05:13

URL: <https://kns.cnki.net/KCMS/detail/31.1885.R.20200528.1340.002.html>

Nel dicembre 2019 la nuova polmonite da Coronavirus (indicata come nuova polmonite coronarica, ufficialmente nominata dall'OMS l'11 febbraio 2020 come malattia da Coronavirus del 2019) è apparsa a Wuhan e si è diffusa gradualmente. Al 30 gennaio 2020 vi erano quasi 10.000 casi confermati a livello nazionale³⁵.

È stato superato il numero di infezioni da sindrome respiratoria acuta grave del 2003 (SARS) e il numero di casi ha continuato ad aumentare. Di fronte a questo improvviso incidente di salute pubblica e a causa della sua incertezza e complessità, la popolazione si è mostrata generalmente incline a reazioni di stress psicologico come ipocondria, ansia, depressione, psicologia compulsiva, ecc. Se non trattate in tempo si può verificare un eccessivo dispendio di energie mentali, causando la riduzione della resistenza corporea e una serie di problematiche come suscettibilità alle malattie, disturbi psicologici e reazioni psicogene di gruppo³⁶. Tra queste risposte

³⁵ “Jiezhì 1 yuè 30 rì 24 shí xīnxíng guānzhuāng bīngdù gānrán de fēiyān yìqíng zuìxīn qíngkuāng” 截至1月30日24时新型冠状病毒感染的肺炎疫情最新情况 (L'ultima situazione della nuova epidemia di polmonite da coronavirus alle 24:00 del 30 gennaio), *Zhongguo jibing yufang kongzhi zhongxin, guojia weisheng jiankang weiyuanhui*, http://www.chinacdc.n/jkzt/crb/zl/szkb_11803/jszl_11809/202001/t20200131_212064.html, 01/2020 (consultato il 26.08.2020).

³⁶ WANG Yiniu 王一牛, LUO Yuejia 罗跃嘉, “Tufa gong gong weisheng shijian xia xinjing zhang'ai de tedianyuyingdui” 突发公共卫生事件下心境障碍的特点与应对 (Le caratteristiche e la risposta dei disturbi dell'umore

allo stress la più comune è il Disturbo d'Ansia, la cui manifestazione più comune è il Disturbo d'Ansia Generalizzata (DAG)³⁷. Il DAG è solitamente caratterizzato da un'eccessiva preoccupazione o paura degli eventi ed è accompagnato da alti livelli di tensione, irrequietezza e irritabilità, che possono causare sintomi fisici come agitazione, affaticamento e rigidità muscolare. La resilienza come caratteristica psicologica, che permette di adattarsi bene di fronte alle avversità e alla pressione, è strettamente correlata alla salute mentale e alla qualità della vita³⁸. La comparsa dell'ansia è strettamente legata a fattori genetici, ambientali e psicosociali. Sebbene ci siano stati molti studi riguardo l'impatto delle emergenze di salute pubblica sullo stato psicologico della popolazione³⁹, vi sono pochi studi relativi alla relazione tra fattori di stress specifici, resilienza psicologica e ansia legati all'epidemia di COVID-19. Al fine di comprendere la salute mentale delle persone con la diffusione dell'epidemia, analizziamo il livello di ansia della popolazione e la resilienza psicologica attraverso questionari online ed esploriamo la natura dello stress, in modo da fornire una guida per gli interventi sulla salute mentale pubblica.

Strumenti e metodi

Oggetto di ricerca. Durante la diffusione del COVID-19, dal 31 gennaio al 2 febbraio 2020 sono stati selezionati come oggetto della ricerca adulti colpiti dall'epidemia, tramite il metodo di campionamento di convenienza. Criteri di inclusione: età compresa tra 18 e 85 anni, capacità di utilizzare uno smartphone, obbligo di compilare il questionario dallo stesso account WeChat una volta sola e ottenimento del consenso informato a partecipare al presente studio. Criteri di esclusione: tempo di compilazione inferiore ai 6 minuti (tempo impostato in base alla lunghezza totale del questionario); compilazione di più di 5 copie del questionario dallo stesso indirizzo IP. Prendendo i criteri di inclusione e di esclusione come criteri di controllo di qualità ed escludendo i questionari non conformi e senza errori logici nel foglio delle risposte, si otteneva un questionario valido.

in situazioni di emergenza sanitaria), *Xinli kexue jinzhan*, 2003, vol. 11, pp. 387-392; SCHIELE M. A., DOMSCHKE K., "Epigenetics at the crossroads between genes, environment and resilience in anxiety disorders", *Genes, Brain and Behavior*, vol. 17, n. 3, 2018.

³⁷ZHOU Yanyan 周妍妍, BI Yahong 毕亚红, LAO Limin 劳力敏 et al., "Guangfanxing jiaolu liangbiao zai shaicha guangfanxing jiaolu zhang'ai zhong de yingyong" 广泛性焦虑量表在筛查广泛性焦虑障碍中的应用 (Applicazione della scala di ansia generalizzata nello screening del disturbo d'ansia generalizzato), *Zhonghua quanke yishi zazhi*, 2018, vol. 17, pp. 735-737; YU Wei, SINGH Satendra Shikha, CALHOUN Shawna et al., "Generalized anxiety disorder in urban China: Prevalence, awareness, and disease burden", *Journal of Affective Disorders*, vol. 234, 2018, pp. 89-96.

³⁸FAYE Charlene, MCGOWAN C. Josephine, DENNY A. Christine et al., "Neurobiological mechanisms of stress resilience and implications for the aged population", *Current Neuropharmacology*, vol. 16, n. 3, 2018, pp. 234-270.

³⁹LEE Sang Min, KANG Won Sub, CHO Ah-Rang et al., "Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients", *Comprehensive Psychiatry*, vol. 87, 2018, pp. 123-127; WANG Cuiyan, PAN Riyu, WAN Xiaoyang et al., "A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China", *Brain, Behavior and Immunity*, vol. 87, 2020, p. 40-48.

Metodo di ricerca. Il presente studio è un'indagine trasversale che utilizza il campionamento di convenienza per condurre ricerche sullo stato psicologico della popolazione durante l'epidemia di COVID-19, utilizzando questionari strutturati e distribuiti online attraverso la piattaforma cinese “Wenjuan xing”. L'indagine ha ottenuto diversi risultati, tra i quali è stata pubblicata una ricerca sul rapporto tra esposizione mediatica e salute mentale⁴⁰.

Questionario sui dati demografici. Include genere, età, livello di istruzione, stato civile, categoria di occupazione, categoria di residenza, cronologia di esposizione nello Hubei, condizione dell'epidemia nella propria comunità, ecc. La cronologia di esposizione nello Hubei vuole intendere il passaggio nella suddetta provincia tra dicembre 2019 e il momento della ricerca.

La Scala del Disturbo d'Ansia Generalizzata (GAD-7)⁴¹. La GAD-7 è stata progettata e sviluppata per la prima volta nel 2006 per lo screening dell'ansia generalizzata e la valutazione della gravità dei sintomi. Nella scala vi sono 7 voci di valutazione in totale e si utilizza un metodo di punteggio diviso in 4 fasce. Il punteggio totale delle voci va da 0 a 21 punti. Da 0 a 4 la condizione dell'individuo è nella norma, da 5 e 9 si considera ansia lieve, da 10 a 14 è ansia moderata e da 15 a 21 è considerata ansia grave. Per il presente studio un punteggio di ansia pari a 10, ovvero moderata o superiore, è ritenuto il valore limite. Pertanto, con un punteggio ≥ 10 si considera ansia, altrimenti la condizione dell'individuo è ritenuta nella norma. Il coefficiente α di Cronbach della scala in questo studio è 0,947.

La Scala di resilienza psicologica breve a 10 voci (CD-RISC-10)⁴². Si utilizza la versione cinese della scala a 10 voci, ampiamente utilizzata per valutare la resilienza, in particolare la capacità di far fronte alle avversità. La scala è divisa in 5 livelli e il punteggio totale delle voci varia da 0 a 40 punti. Maggiore è il punteggio, maggiore è il livello di flessibilità psicologica. Il coefficiente α della scala di Cronbach nella popolazione del sondaggio era 0,949. Secondo il quantile, la resilienza psicologica è divisa in tre categorie: bassa (<P25), media (P25 ~ P75) e alta ($\geq P75$).

La Scala di autovalutazione delle fonti di stress epidemico da COVID-19. È stata sviluppata per valutare i cosiddetti “agenti stressanti”. La scala è composta da 8 voci e l'analisi fattoriale mostra

⁴⁰ WANG Yi 王一, GAO Junling 高俊岭, CHEN Hao 陈浩 et al., “2019 Guanzhuang bingdu bing (COVID-19) yiqing qijian gongzhong meiti baolu jiqi yu xinli jiankang de guanxi” 2019 冠状病毒病 (COVID-19) 疫情期间公众媒体暴露及其与心理健康的关系 (Il rapporto tra l'esposizione mediatica e problemi di salute mentale durante l'epidemia di COVID-19), *Fudan xuebao (yixueban)*, 2020, vol. 47, n. 2, pp. 173-178.

⁴¹ WANG Yu 王瑜, CHEN Ran 陈然, ZHANG Lan 张岚, “Guangfanxing jiaolu liangbiao-7 zai zhongguo zonghe yiyuan zhuyuan huanzhezong de xinxiadou yanjiu” 广泛性焦虑量表-7 在中国综合医院住院患者中的信效度研究 (Valutazione dell'affidabilità e della validità della scala a 7 item del disturbo d'ansia generalizzato tra i pazienti ricoverati in ospedale generale), *Linchuang jingshen yixue zazhi*, 2018, vol. 28, n. 3, pp. 168-171.

⁴² ZHANG Danmei 张丹梅, XIONG Mei 熊梅, LI Yanzhang 李彦章, “Xinli tanxing liangbiao jianban zai shequ laonian ren zhong de xinxiadou jianyan” 心理弹性量表简版在社区老年人中的信效度检验 (L'affidabilità e la validità della scala di resilienza Connor-Davidson a 10 voci negli anziani residenti in comunità), *Zhonghua xingwei yixue yu nao kexue zazhi*, 2018, vol. 27, n. 10, pp. 942-946.

due maggiori fonti di stress. La prima fonte (primo agente stressante) è la percezione del COVID-19 e comprende: troppe informazioni mediatiche da assimilare, necessità di formazione per prevenzione e controllo della malattia, timore di infettarsi e preoccupazione riguardo la prognosi della malattia. Il secondo agente stressante è la percezione del rischio di trasmissione, che comprende: una comprensione completa delle vie di trasmissione, sensibilità relativa al numero di nuovi casi infatti, uso competente dei dispositivi di protezione, sensazione di essere adeguatamente muniti dei dispositivi di protezione e punteggio basato sul grado di consenso (1 significa completamente in disaccordo, 5 significa completamente d'accordo), il punteggio totale di ciascuna "macro" fonte di stress è di 4-20 punti e i coefficienti α di Cronbach sono rispettivamente 0,731 e 0,623. A seconda del quantile, il valore degli agenti stressanti è diviso in tre categorie: bassa ($<P_{25}$), media ($P_{25} \sim P_{75}$) e alta ($\geq P_{75}$).

Analisi statistica. I dati sono stati estratti dal questionario e analizzati dal software SPSS19.0. I metodi statistici includevano l'analisi Pearson χ^2 , l'analisi di correlazione di Pearson e l'analisi della regressione logistica multipla. $P < 0,05$ è considerato statisticamente significativo.

Risultati

Informazioni base dei soggetti intervistati. È stato ottenuto un totale di 4.827 questionari validi. Gli individui intervistati provenivano da 31 suddivisioni amministrative diverse tra province, regioni autonome e municipalità. Il 97,31% proveniva principalmente dal di fuori dello Hubei ed era di età compresa tra 18 e 85 anni, con un'età media di $(32,3 \pm 10,0)$ anni. Il 67,7% erano donne, il 62,5% viveva in città, il 43,6% degli intervistati era nubile e il 21,5% possedeva un diploma di scuola superiore o inferiore. Studenti, tecnici specializzati, tecnici non specializzati e pensionati rappresentavano rispettivamente il 20,8%, 19,4%, 55,9% e il 3,8%. Solo il 7,9% degli intervistati ha indicato che loro stessi o alcuni dei propri contatti più stretti avevano avuto dei trascorsi nello Hubei, mentre il 66,2% ha indicato che la propria comunità non è stata colpita dall'epidemia e il 37,5% ha specificato di avere parenti con una formazione medica/di tipo medico (tabella 1).

Tab. 1

Informazioni base degli individui e tasso di incidenza dell'ansia secondo varie caratteristiche demografiche

[n (%)]

Indice	Totale	Ansia	Chi quad rato	P	Indice	Total e	Ansia	Chi quad rato	P
Sesso			0,25	0,620	Livello di istruzione			88,6	<0,00
Uomo	1 560 (32,3)	359 (23,0)			Scuola media e inferior	257 (5,3)	98 (38,1)	0	1
Donna	3 267 (67,7)	731 (22,4)			Scuola superiore	782 (16,2)	249 (31,8)		
Età (anni)			48,65	<0,001	Laurea triennale	3 002 (62,2)	617 (20,6)		
18-24	1 232 (25,5)	204 (16,6)			Laurea magistrale e superiore	786 (16,3)	126 (16,0)		
25-34	1 855 (38,4)	452 (24,4)			Professione			63,5	<0,00
35-44	1 003 (20,8)	282 (28,1)			Studente	1 004 (20,8)	144 (14,3)	0	1
45-54	602 (12,5)	121 (20,1)			Professionisti e tecnici	938 (19,4)	194 (20,7)		
≥55	135 (2,8)	31 (23,0)			Altre professioni	2 700 (55,9)	695 (25,7)		
Domicilio			0,12	0,942	Pensionati	185 (3,8)	57 (30,8)		
Città	3 018 (62,5)	683 (22,6)			Epidemia nella comunità			33,6	<0,00
Paese	902 (18,7)	200 (22,2)			No	3 194 (66,2)	646 (20,2)	6	1
Villaggio	907 (18,8)	207 (22,8)			Osservazione medica	404 (8,4)	103 (25,5)		
Stato civile			48,09	<0,001	Casi confermati/sospetti	716 (14,8)	210 (29,3)		
Nubile/Celib	2 103 (43,6)	375 (17,8)			Incerti	513 (10,6)	131 (25,5)		
Coniugato/a	2 724 (56,4)	715 (26,2)			Formazione medica			5,90	0,015
Trascorsi nello Hubei			27,72	<0,001	No	3 015 (62,5)	715 (23,7)		
No	4 447 (92,1)	963 (21,7)			Si	1 812 (37,5)	375 (20,7)		
Si	380 (7,9)	127 (33,4)							

Analisi fattoriale dell'ansia degli intervistati. Il punteggio di ansia era $6,29 \pm 5,48$ e il 55,3% degli intervistati soffriva d'ansia, di cui il 32,7% era ansia lieve, il 13,0% era ansia moderata e il 9,6% era ansia grave. L'indagine ha rilevato che la differenza nell'incidenza di ansia da moderata a grave tra diverse età, stato civile, livello di istruzione, occupazione, situazione epidemica della comunità, avere dei trascorsi nello Hubei e precedenti medici dei parenti, era statisticamente significativa ($P < 0,05$). Ma tra generi diversi e tipi di residenza la differenza non era significativa ($P > 0,05$). I risultati specifici sono in evidenza nella tabella 1.

Analisi di correlazione tra ansia, resilienza e agenti stressanti dei soggetti intervistati. Il punteggio di ansia era $6,29 \pm 5,48$, il punteggio di resilienza era $29,13 \pm 7,13$, fattore di stress 1 e fattore di stress 2 erano rispettivamente $13,84 \pm 3,10$ e $15,32 \pm 2,56$. L'analisi di correlazione di Pearson ha mostrato che all'inizio dell'epidemia il punteggio dell'ansia pubblica era correlato negativamente con la resilienza ($r = -0,213$, $P < 0,01$) e correlato positivamente con i fattori di stress ($R_1 = 0,423$, $P < 0,01$; $R_2 = 0,138$, $P < 0,01$); la resilienza è correlata positivamente con il fattore di stress 2 ($r = 0,368$, $P < 0,01$), come mostrato nella tabella 2.

Tab. 2

Analisi di correlazione tra ansia, resilienza e agenti stressanti

Indice	Medi a SD	GAD-7	CD- RISC	Agente stressante 1	Agente stressante 2
GAD-7	6,29 5,48	1			
CD-RISC	29,13 7,13	-0,213 ⁽¹⁾	1		
Agente stressante 1	13,84 3,10	0,423 ⁽¹⁾	0,022	1	
Agente stressante 2	15,32 2,56	0,148 ⁽¹⁾	0,368 ⁽¹⁾	0,354 ⁽¹⁾	1

⁽¹⁾ $P < 0,01$.

Regressione logistica binaria dei fattori che influenzano l'ansia. Sono state considerate l'ansia moderata e grave come variabili dipendenti (quindi $GAD-7 \geq 10$ come valore limite), mentre fattori come: età, stato civile, livello di istruzione, occupazione, situazione epidemica della comunità, avere deitrascorsi nello Hubei, background medico dei parenti, punteggio della resilienza e agenti stressanti sono stati inclusi nelle variabili indipendenti. Dopo aver analizzato le diverse componenti mediante Regressione logistica graduale ($P < 0,05$ incluso, $P > 0,20$ escluso), è stato riscontrato che possedere un diploma di laurea breve o superiore ($OR = 0,55 \sim 0,56$, $P < 0,01$) e la resilienza psicologica ($OR = 0,33 \sim 0,55$, $P < 0,001$) sono agenti protettivi per l'ansia. Al contrario, un'età compresa tra i 35 e i 44 anni ($OR = 1,48$, $IC95\% = 1,12-1,97$), essere pensionati ($OR = 2,38$, $IC95\% = 1,42-3,99$), tecnici non specializzati ($OR = 1,41$, $95\%CI = 1,06-1,89$), avere precedenti di esposizione allo Hubei ($OR = 1,98$, $95\%CI = 1,47-2,68$), avere casi confermati o sospetti nella propria comunità ($OR = 1,29$, $95\% CI = 1,05-1,59$), una comprensione moderata o elevata del COVID-19 ($OR = 2,74 \sim 7,97$, $P < 0,001$) e una forte percezione del rischio di trasmissione ($OR = 1,74$, $95\%CI = 1,37 \sim 2,20$), si sono dimostrati fattori di rischio per l'ansia. Vedere la tabella 3 per i dettagli.

Discussione

Il punteggio di ansia nel presente sondaggio è $6,29 \pm 5,48$ e il tasso di incidenza di ansia da moderata a grave è del 22,6%, valore coerente con i risultati di studi simili condotti nello stesso periodo⁴³. Di solito il tasso di incidenza di ansia in Cina è solo del 2,45%⁴⁴. Dal presente studio è risultato più elevato perfino di quello degli abitanti di Fort McMurray in Canada (19,8%), esposti a un grave incendio nel 2016⁴⁵. Il valore del 22,6% del tasso di incidenza di ansia da moderata a grave è simile a quello del personale infermieristico del Dipartimento di malattie infettive⁴⁶. Rispetto agli eventi della vita quotidiana e ai disastri generali, le malattie infettive hanno maggiori probabilità di provocare il panico tra la popolazione. Colpita dall'epidemia di COVID-19, la popolazione è stata oggetto di un'ansia diffusa. Questo fenomeno potrebbe essere dovuto al controllo del traffico di

⁴³ WANG Cuiyan, PAN Riyu, WAN Xiaoyang et al., "A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China", *Brain, Behavior and Immunity*, vol. 87, 2020, p. 40-48.

⁴⁴ GUO Xiaojing, MENG Zhen, HUANG Guifeng et al., "Meta-analysis of the prevalence of anxiety disorders in mainland China from 2000 to 2015", *Scientific Reports*, vol. 6, n. 28033, 2016, pp. 1-15.

⁴⁵ AGYAPONG Vincent, HRABOK Marianne, JUHAS Michal et al., "Prevalence rates and predictors of generalized anxiety disorder symptoms in residents of Fort McMurray six months after a wildfire", *Frontiers in Psychiatry*, vol. 9, 2018, pp. 345-356.

⁴⁶ MA Yunling 马运玲, "Ganranxingjibingkehulirennyuanjiaoluxiangguanyinsudiaoachayu dui ce de yanjiu" 感染性疾病科护理人员焦虑相关因素调查与对策的研究 (Indagine sui fattori correlate all'ansia e sulle contromisure degli infermieri del Dipartimento di malattie infettive), *Neimenggu zhong yiyao*, 2014, vol. 33, n. 5, p. 77.

notizie di Wuhan a partire dal 23 gennaio 2020⁴⁷. Successivamente, 31 suddivisioni amministrative cinesi, tra province e regioni autonome, hanno avviato una risposta di primo livello e altre misure a fronte delle principali emergenze di sanità pubblica⁴⁸. Questo, sommato a un ampio numero di notizie mediatiche, ha fatto sì che le persone fossero esposte alle informazioni relative al controllo e alla prevenzione dell'epidemia in un breve periodo di tempo, riscontrando stress mentale e fisico. Tuttavia, uno studio condotto nello stesso periodo ha rilevato che il tasso di incidenza dell'ansia pubblica non è diminuito dopo un mese dallo scoppio dell'epidemia⁴⁹, suggerendo che sotto l'influenza dello stress epidemico che si protrae per un certo periodo di tempo, è necessario prestare ancora più attenzione alla condizione psicologica delle persone e dovrebbero essere adottate misure di intervento adeguate.

I risultati hanno mostrato che il tasso di incidenza dell'ansia era diverso tra i vari gruppi di età, livelli di istruzione e stato professionale ($P < 0,05$). Secondo lo studio, l'ansia generalizzata si manifesta negli adolescenti, con il più alto tasso di incidenza nella mezza età e diminuisce negli anziani⁵⁰. L'incidenza dell'ansia nel presente sondaggio ha raggiunto il picco tra i 35 ei 44 anni (28,1%), ed è risultata equivalente a 1,48 volte quella riscontrata tra i 18 ei 25 anni ($P < 0,01$); inoltre, è stato rilevato che l'istruzione superiore era un fattore protettivo dall'ansia e il rischio di ansia con un diploma di laurea o superiore è 0,55 volte quello di coloro con un diploma di scuola mediae inferiore ($P < 0,01$). Il livello di istruzione è probabilmente il più importante fattore di influenza della cosiddetta "alfabetizzazione sanitaria"⁵¹. Infatti, maggiore è la preparazione di una persona, maggiore è il livello di prevenzione dalle malattie infettive. Di conseguenza, anche la capacità di comprendere e identificare le informazioni relative alla situazione epidemica è maggiore, così da ridurre le fonti di stress e ansia. I risultati hanno mostrato anche che i pensionati ($OR = 2,38$, $P < 0,001$) e i tecnici non specializzati ($OR = 1,41$, $P < 0,05$) correvano un rischio di ansia più elevato. A causa dei cambiamenti rispetto a responsabilità sociali e familiari dopo il pensionamento, oltre ai cambiamenti fisiologici e psicologici, gli anziani erano più sensibili

⁴⁷ WEN Yumei 闻玉梅, "Guanzhuangbingdudezhibingxing ji fang kong" 冠状病毒的致病性及防控 (Patogenicità, prevenzione e controllo del coronavirus), *Weishengwu yu ganran*, 2020, vol. 15, n. 1, pp. 3-6.

⁴⁸ China Network Television 央视网, 《Jiaodian fangtan》 wanzhongyixin gongtong zhan "yi" 《焦点访谈》万众一心共同战“疫” (《Focus Interview》 Tutti uniti per combattere "l'epidemia"), <<http://tv.cntv.cn/video/C10326/b89c63569aa148d6ac922a8776b0a50d>>.

⁴⁹ WANG Cuiyan, PAN Riyu, WAN Xiaoyang et al., "A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China", *Brain, Behavior and Immunity*, vol. 87, 2020, p. 40-48.

⁵⁰ HOBBS Megan J., ANDERSON Tracy M., SLADE Tim et al., "Relationship between measurement invariance and age-related differences in the prevalence of generalized anxiety disorder", *Journal of Affective Disorders*, vol. 152-154, 2014, pp. 306-312; CRASKE Michelle G., STEIN Murray B., "Anxiety", *The Lancet*, vol. 388, n. 10063, 2016, pp. 3048-3059.

⁵¹ HUANG Xianggang 黄相刚, LI Changning 李长宁, LI Yinghua 李英华 et al., "Zhongguo jumin chuanran bing fangzhi suyang shuiping ji qi yingxiang yinsu fenxi" 中国居民传染病防治素养水平及其影响因素分析 (Il livello di alfabetizzazione nel controllo e prevenzione delle malattie infettive dei residenti cinesi e analisi dei suoi fattori d'influenza), *Zhongguo jiankang jiaoyu*, 2015, vol. 31, n. 2, pp. 112-115.

all'ambiente circostante, sentendosi messi da parte dalla società e mancanti del sostegno sociale. Gli anziani e le persone già affette da altri malesseri hanno maggiori probabilità di sviluppare ansia dopo l'infezione da COVID-19⁵². Il personale tecnico non specializzato può essere più vulnerabile all'impatto dell'epidemia e riscontrare ansia a causa del basso livello di alfabetizzazione sanitaria, quindi per il fatto di essere persone meno istruite. Alcuni studi⁵³ hanno dimostrato che il livello di reddito, lo stato assicurativo, il fumo, il bere e l'attività fisica sono strettamente correlati alla DAG. Tuttavia, i sintomi dell'ansia possono essere notevolmente migliorati tramite buone dosi di affetto e pazienza.

I risultati dello studio hanno dimostrato che le fonti di stress che innescano l'ansia includono la comprensione del COVID-19 e la percezione del rischio di trasmissione ($P < 0,001$). Di fronte a malattie infettive come il COVID-19, la principale fonte di stress delle persone è la stessa degli infermieri del Reparto di malattie infettive⁵⁴. Una forte percezione del rischio di trasmissione aumenta il rischio di ansia ($OR = 1,74$, $P < 0,001$), come la preoccupazione per essere esposti a malattie infettive e contrarre l'infezione, fattori correlati con il rischio più alto di ansia delle persone con casi confermati o sospetti nella propria comunità ($OR = 1,29$, $P < 0,05$) e avere dei trascorsi nello Hubei ($OR = 1,98$, $P < 0,001$). Inoltre, il nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2) è trasmissibile tramite micro-gocce di saliva e il contatto ravvicinato, è contagioso nel periodo di latenza e la popolazione è generalmente incline a suscettibilità. In ogni caso, la piena conoscenza del virus è ancora oggetto di approfondimento.

⁵² WEN Yumei 闻玉梅, "Guanzhuang bingdu de zhibingxing ji fang kong" 冠状病毒的致病性及防控 (Patogenicità, prevenzione e controllo del coronavirus), *Weisheng wuyu ganran*, 2020, vol. 15, n. 1, pp. 3-6; BALSAMO Michela, CATALDI Fedele, CARLUCCI Leonardo et al. "Assessment of anxiety in older adults: A review of self-report measures", *Clinical Interventions in Aging*, 2018, vol. 13, pp. 573-593; SANTINI Zigi Ivan, JOSE Paul E., YORK Cornwell Erin et al., "Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): A longitudinal mediation analysis", *Lancet Public Health*, vol. 5, n. 1, 2020, pp. e62-e70.

⁵³ YU Wei, SINGH Satendra Shikha, CALHOUN Shawna et al., "Generalized anxiety disorder in urban China: Prevalence, awareness, and disease burden", *Journal of Affective Disorders*, vol. 234, 2018, pp. 89-96.

⁵⁴ LEHMANN Marco, BRUENAHN Christian A., ADDO Marylyn M., et al., "Acute Ebola virus disease patient treatment and health-related quality of life in health care professionals: A controlled study", *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 83, 2016, pp. 69-74; YU Feixue 喻飞雪, LI Zhen 李珍, HU Minhua 胡敏华, et al., "Ganranke huli renyuan xinli jiankang zhuangkuang diaocha ji ganyu cuoshi de yanjiu" 感染科护理人员心理健康状况调查及干预措施的研究 (Indagine sullo stato di salute mentale degli infermieri nel reparto malattie infettive e misure di intervento), *Zhongguo xiandai yisheng*, 2019, vol. 57, n. 35, pp. 147-150 e 154.

Tab. 3

Analisi di regressione logistica multivariata dei fattori che influenzano l'ansia moderata e grave

Indice	β	SE	Wald	P	OR	95%CI	
						Superiore	Inferiore
Età (anni)							
18-24					1,00		
25-34	0,23	0,13	3,29	0,070	1,26	0,98	1,62
35-44	0,39	0,15	7,42	0,006	1,48	1,12	1,97
45-54	0,00	0,17	0,00	0,993	1,00	0,72	1,38
≥ 55	-0,19	0,31	0,39	0,534	0,83	0,45	1,51
Livello di istruzione							
Scuola media e inferiore					1,00		
Scuola superiore	-0,30	0,17	3,26	0,071	0,74	0,54	1,03
Laurea triennale	-0,60	0,16	14,88	<0,001	0,55	0,40	0,74
Laurea magistrale e superiore	-0,57	0,19	9,00	0,003	0,56	0,39	0,82
Professione							
Studente					1,00		
Professionisti e tecnici	0,25	0,16	2,46	0,117	1,29	0,94	1,76
Altre professioni	0,35	0,15	5,43	0,020	1,41	1,06	1,89
Pensionati	0,87	0,26	10,75	0,001	2,38	1,42	3,99
Trascorsi nello Hubei							
No							
Si	0,69	0,15	19,76	<0,001	1,98	1,47	2,68
Epidemia nella							

comunità								
No					1,00			
Osservazione medica	0,12	0,14	0,81	0,369	1,13	0,87	1,47	
Casi confermati/sospetti	0,26	0,11	5,84	0,016	1,29	1,05	1,59	
Incerti	0,23	0,13	3,17	0,075	1,25	0,98	1,61	
Agente stressante 1								
Basso					1,00			
Normale	1,01	0,14	48,89	<0,001	2,74	2,06	3,63	
Elevato	2,08	0,15	202,20	<0,001	7,97	5,99	10,61	
Agente stressante 2								
Basso					1,00			
Normale	0,09	0,10	0,82	0,365	1,10	0,90	1,35	
Elevato	0,55	0,12	21,04	<0,001	1,74	1,37	2,20	
Resilienza								
Bassa					1,00			
Normale	-0,60	0,09	41,48	<0,001	0,55	0,46	0,66	
Elevata	-1,12	0,12	90,09	<0,001	0,33	0,26	0,41	

A causa di questa incertezza, complessità e nocività di emergenze di sanità pubblica simili e della difficoltà nel verificare l'autenticità delle notizie mediatiche, anche un'esposizione eccessiva alle informazioni pubbliche può aumentare il rischio di ansia⁵⁵. È stato rilevato che una conoscenza moderata del COVID-19 aumentava il rischio di ansia di 1,74 volte, mentre con una conoscenza elevata il rischio aumentava fino a 7,97 volte (P<0,001). In quanto importante risorsa psicologica per migliorare la regolazione emotiva, la resilienza può ridurre efficacemente il disturbo d'ansia. Il punteggio medio di CD-RISC-10 era 29,13±7,13, correlato negativamente con il punteggio GAD-7 (r=-0,213, P<0,01). Più forte è la resilienza, minore è il rischio di ansia. Una resilienza moderata potrebbe ridurre il rischio di ansia di quasi la metà (P<0,001). Il rischio di ansia nel gruppo di

⁵⁵ WANG Yi 王一, GAO Junling 高俊岭, CHEN Hao 陈浩 et al. "2019 Guanzhuang bingdu bing (COVID-19) yiqing qijian gongzhong meiti baolu jiqi yu xinli jiankang de guanxi" 2019 冠状病毒病 (COVID-19) 疫情期间公众媒体暴露及其与心理健康的关系 (Il rapporto tra l'esposizione mediatica e problemi di salute mentale durante l'epidemia di COVID-19), *Fudan xuebao (yixueban)*, 2020, vol. 47, n. 2, pp. 173-178.

individui con elevata resilienza era 0,33 volte quello del gruppo con bassa resilienza ($P < 0,001$). Dal punto di vista della psicologia positiva, interfacciarsi con le avversità ha un effetto positivo sulla resilienza⁵⁶. Si spera che le persone dedichino maggiore attenzione al miglioramento delle proprie risorse psicologiche dopo aver superato con successo l'epidemia.

Riassumendo, colpita dall'epidemia di COVID-19, la popolazione mostrava generalmente problemi di ansia, soprattutto giovani e pensionati. A causa del basso livello di alfabetizzazione sanitaria e della limitata capacità di comprensione della situazione epidemica, le persone con un basso livello di istruzione avevano maggiori probabilità di soffrire di ansia. La conoscenza del COVID-19 e la percezione del rischio di trasmissione come fattori di stress, aumenteranno il rischio di ansia. La resilienza è un'importante risorsa psicologica, che può migliorare la capacità di affrontare le emergenze e ridurre la possibilità di ansia.

Pertanto, è bene che le divisioni operative adottino misure di intervento sullo stress positivo basate sull'esperienza passata⁵⁷. Fra queste ad esempio, il governo dovrebbe rafforzare la diffusione di informazioni autorevoli, così come l'accessibilità e la trasparenza delle medesime, combattere attivamente fake news, promuovere le misure di protezione e istruire la popolazione al riguardo. Le autorità dovrebbero istituire quanto prima un sistema di sostegno sociale, soprattutto per le persone in isolamento e i pensionati, in modo da evitare di aumentare il rischio di ansia dovuto a un sentimento di emarginazione. Inoltre, bisognerebbe fornire servizi di intervento in caso di crisi psicologiche, come l'apertura di una linea diretta per l'assistenza psicologica, o la terapia cognitivo comportamentale (CBT) online e altre misure di intervento. È necessario incoraggiare l'autogestione diffusa delle risorse mentali, come una buona attività fisica e imparare a gestire le emozioni attraverso la ritenzione mentale, lo yoga, la meditazione ecc. Oltre a tutto ciò, anche aumentare l'alfabetizzazione sanitaria e la resilienza psicologica dei cittadini è una misura importante. Per realizzare queste pratiche di intervento di emergenza c'è bisogno di un sostegno

⁵⁶ HORN Sarah R., CHARNEY Dennis S., FEDER Adriana, "Understanding resilience: New approaches for preventing and treating PTSD", *Experimental Neurology*, vol. 284 (Pt. B), 2016, pp. 119-132.

⁵⁷ SANTINI Ziggi Ivan, JOSE Paul E., YORK Cornwell Erin, et al., "Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): A longitudinal mediation analysis", *Lancet Public Health*, vol. 5, n. 1, 2020, pp. e62-e70; LEHMANN Marco, BRUENAHN Christian A., ADDO Marylyn M., et al., "Acute Ebola virus disease patient treatment and health related quality of life in health care professionals: A controlled study", *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 83, 2016, pp. 69-74; SUN Hongwei 孙宏伟, CHEN Xiaoli 陈晓丽, WANG Yanyu 王艳郁 et al., "Wo guo tu fa gonggong weisheng shijian xinli weiji ganyu tixi de goujian" 我国突发公共卫生事件心理危机干预体系的构建 (La costruzione di un sistema di intervento in caso di crisi psicologiche per le emergenze di salute pubblica in Cina), *Zhonghua weisheng yingji dianzi zazhi*, 2018, vol. 4, n. 3, pp. 141-144; LEBOUTHILLIER Daniel M., ASMUNDSON Gordon, "The efficacy of aerobic exercise and resistance training as transdiagnostic interventions for anxiety-related disorders and constructs: A randomized controlled trial", *Journal of Anxiety Disorders*, vol. 52, 2017, pp. 43-52.

finanziario sufficiente; oltre al bilancio finanziario pubblico del governo si potrebbero incoraggiare gli investimenti privati in capitale sociale.

Lo studio condotto è un'indagine trasversale che può solo mostrare il livello di ansia del pubblico in un determinato momento, ma non può spiegarne la causalità. Sono stati adottati il metodo di campionamento di convenienza e il sondaggio online, metodi che potrebbero produrre risultati incompleti, poiché si è deciso di focalizzarsi solo su individui maggiormente coinvolti dalla situazione epidemica e che sono in grado di utilizzare smartphone e altri dispositivi tecnologici. La qualità di compilazione dei questionari auto-somministrati online può essere leggermente distorta. Tuttavia, grazie alle importanti dimensioni del campione analizzato, l'indagine condotta può comunque aiutare a riflettere sulla situazione globale attuale.

2.2 Articolo 2

Stato psicologico e fattori di influenza dei dipendenti di un ospedale generale durante l'epidemia di COVID-19

Jiang Furong^{1,2}, Liu Siyu³, Zhao Nan⁴, Xie Yanhui¹, Wang Shuhong⁵, Ouyang Xinbo¹, Guo Feng³,
Gong Zhicheng², Zhou Qihong¹, Li Jianling¹

(¹Centro di Salute Mentale, Ospedale Xiangya, Central South University, Changsha 410008; ²Centro Nazionale di Ricerca Clinica Geriatrica, Ospedale Xiangya, Central South University, Changsha 410008; ³Dipartimento di Risorse Umane, Ospedale Xiangya, Central South University, Changsha 410008; ⁴Scuola di Infermieristica Xiangya della Central South University, Changsha 410013; ⁵Dipartimento di Infermieristica dell'Ospedale Xiangya, Central South University, Changsha 410008)

ABSTRACT: *Obiettivi:* Comprendere lo stato psicologico in un ospedale generale durante l'epidemia di Coronavirus del 2019 e i suoi fattori di influenza per fornire riferimenti ai servizi di salute mentale del personale ospedaliero. *Metodologia:* Tramite un questionario sulla piattaforma cinese “Wenjuan xing”, il personale ospedaliero è stato studiato attraverso: la Scala di depressione-ansia-stress (DASS-21), la Scala di valutazione del sostegno sociale (SSRS) e il Questionario semplificato sulla strategia di adattamento (*coping*) - SCSQ. Inoltre, i fattori di influenza sono stati analizzati tramite: l'Analisi descrittiva, il Test della somma dei ranghi, l'Analisi a fattore singolo, l'Analisi di correlazione e l'Analisi di regressione logistica binaria multivariata. *Risultati:* Sono stati raccolti 2.060 questionari validi in totale. I sentimenti negativi di infermieri e addetti alle pulizie erano dei più ovvi. I punteggi di depressione, ansia e stress erano rispettivamente: $5,06 \pm 7,47$, $6,36 \pm 7,84$, $9,75 \pm 8,65$ e $6,72 \pm 8,84$, $4,51 \pm 6,56$, $9,69 \pm 9,56$. L'analisi di regressione logistica binaria multivariata ha mostrato che i principali fattori di influenza sulla depressione erano: la tipologia del personale, i livelli di istruzione, la situazione lavorativa, la situazione economica e le preoccupazioni riguardo il rifornimento dei dispositivi di protezione (DPI). I principali fattori di influenza sull'ansia erano: la tipologia del personale, lo stato di contatto con i pazienti infetti, la situazione economica, le preoccupazioni sul rifornimento di beni di protezione e la storico della malattia. Infine, lo stato di contatto con pazienti infetti, la situazione economica, le preoccupazioni sul rifornimento di beni di protezione erano i principali fattori di influenza sullo stress. *Conclusioni:* Si sono registrate delle differenze nelle caratteristiche psicologiche tra i diversi gruppi del personale dell'ospedale generale durante l'epidemia. Pertanto, la protezione psicologica e le misure di intervento dovrebbero essere formulate in base ai diversi gruppi e condizioni lavorative.

Parole chiave: malattia da Coronavirus del 2019; tipologie del personale; depressione; ansia; stress; fattori influenti

URL: <http://xbyxb.csu.edu.cn/xbwk/fileup/PDF/202006641.pdf>

Data di ricezione: 02.02.2020

Primo autore (JIANG Furong): cxzchy@163.com; ORCID: 0000-0001-9855-9125

Autori corrispondenti: LI Jianling, Email: 1654995695@qq.com, ORCID: 0000-0003-4708-8217; ZHOU Qiuhong, Email: 928555448@qq.com, ORCID: 0000-0003-4753-1661

Basi del progetto: il presente studio è stato sostenuto dal “Progetto per la Costruzione della Disciplina nell’Ospedale Xiangya della Central South University”.

Negli ultimi anni si sono verificate continuamente epidemie di virus, tra cui l'influenza A sottotipo H1N1 del 2009, la sindrome respiratoria del Medio Oriente in Arabia Saudita, l'epidemia di Ebola in Africa occidentale e l'epidemia del virus Zika in America, che hanno seriamente minacciato la sopravvivenza e lo sviluppo degli esseri umani⁵⁸. La malattia da Coronavirus del 2019 (COVID-19) è stata scoperta a Wuhan, nella provincia dello Hubei, alla fine di dicembre 2019. La malattia si sta attualmente diffondendo in molte parti del mondo⁵⁹. Nel corso dell'epidemia, il personale medico in prima linea negli ospedali ha affrontato il rischio di infezione e il loro carico di lavoro è aumentato. Anche il personale della gestione ospedaliera, della logistica e di altri dipartimenti ha messo in atto una corsa contro il tempo per adottare misure di emergenza ed era in stato di massima allerta. Un buono stato mentale è la garanzia del lavoro e lo stress del personale ospedaliero durante l'epidemia non può essere ignorato. Ad oggi è stato studiato lo stato psicologico del personale medico in prima linea⁶⁰, mentre lo stato psicologico di altri dipendenti dell’ospedale, in particolare

⁵⁸ METCALF C., Jessica E., LESSLER Justin, “Opportunities and challenges in modeling emerging infectious diseases”, *Science*, vol. 357, n. 6347, 2017, pp. 149-152.

⁵⁹ WANG Chen, HORBY Peter, HAYDEN Frederick G. et al., “A novel coronavirus outbreak of global health concern”, *Lancet*, vol. 395, n. 10223, 2020, pp. 470-473.

⁶⁰ KANG Lijun, LI Yi, HU Shaohua et al., “The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus”, *Lancet Psychiatry*, vol. 7, n.3, 2020, p. e14; WU Jijun 吴际军, RONG Xian 荣娴, CHEN Fei 陈飞 et al., “Kangji xinxing guan Zhuang bingdu feiyan yiqing linchuang yixian hushi shuimian zhiliang tiaocha ji qi yingxiang yinsu” 抗击新型冠状病毒肺炎疫情临床一线护士睡眠质量调查及其影响因素 (Indagine sulla qualità del sonno degli infermieri di prima linea nella lotta contro la malattia da coronavirus 2019 e i suoi fattori di influenza), *Huli yanjiu*, 2020, vol. 34 n. 4, pp. 558-562; MEI Junhua 梅俊华, ZHANG Qi 张琦, GONG Xue 龚雪 et al., “Xinxing guan Zhuang bingdu feiyan ganran yihu ren yuan xin ji shuimian zhuangtai fenxi” 新型冠状病毒肺炎感染医护人员心

il personale di società terze, come quelle che si occupano del collocamento dei lavoratori e delle pulizie, e gli infermieri, è raramente preso in considerazione. Attraverso la comprensione delle caratteristiche psicologiche di diversi gruppi di dipendenti ospedalieri, il presente studio mira a fornire un riferimento agli ospedali per garantire servizi di assistenza psicologica a tutto il personale durante il periodo dell'epidemia.

1. Obiettivi e metodi

1.1 Obiettivo

Durante l'epidemia di COVID-19 dal 12 al 15 febbraio 2020, è stato analizzato il lavoro del personale medico e non, in un ospedale generale terziario nella provincia dello Hunan. Il presente studio è stato approvato dal Comitato di Etica Medica dell'Ospedale Xiangya della Central South University (approvazione numero: 202002033).

1.2 Metodo di indagine

Il presente studio è uno studio clinico unicentrico trasversale, dove sono stati utilizzati un questionario strutturato e un modulo online auto-somministrato, pubblicati sul gruppo Wechat dei dipendenti di vari dipartimenti dell'ospedale. Ogni dipendente può inviare il questionario una sola volta e compilarlo in modo anonimo.

1.3 Contenuti dell'indagine

1.3.1 Informazioni demografiche e raccolta dei dati di base

Questionario sulle informazioni generali che comprende genere, età, cultura, posizione lavorativa, posizione politica, reddito mensile, riconoscimento dell'efficacia della protezione, storico della malattia, ecc.

1.3.2 Scala di depressione- ansia- stress

È stata utilizzata la versione cinese a 21 voci della scala di depressione-ansia-stress (DASS-21), sviluppata da Lovibond ed altri⁶¹. Maggiore era il punteggio ottenuto, maggiore era il livello di emozioni negative come la depressione, l'ansia e lo stress. Nel presente studio i coefficienti α di Cronbach nelle sottoscale di depressione, ansia e stress sono risultati rispettivamente 0,937, 0,876, 0,852 e 0,878.

1.3.3 Scala di valutazione del sostegno sociale

La Scala di valutazione del sostegno sociale (SSRS)⁶² comprende tre dimensioni: sostegno oggettivo, sostegno soggettivo e utilizzo del sostegno, con un punteggio totale compreso tra 12 e 66. Più alto è il punteggio, più alto è il livello di sostegno sociale. Il coefficiente α di Cronbach della scala era 0,821.

1.3.4 Questionario semplificato sulla strategia di adattamento

Il Questionario semplificato sulla strategia di adattamento (SCSQ) è stato messo a punto nel 1998 dal dottor Xie Yaning⁶³. Il questionario misura il *coping* positivo e negativo dell'individuo. Vi sono 20 voci in totale e viene utilizzato il punteggio della scala Likert a 4 punti. Il punteggio riflette i diversi livelli di *coping* . A causa della differenza tra *coping* positivo e negativo, i due vengono generalmente analizzati in modo indipendente. Il test di affidabilità ha dimostrato che il coefficiente α di Cronbach del questionario era 0,896.

1.3.5 Domande di indagine psicologica a risposta aperta

Al fine di comprendere le esigenze psicologiche e le preoccupazioni dei diversi dipendenti durante l'epidemia, al termine del questionario sulla situazione generale sono state formulate due domande a risposta aperta: 1) "Cosa la preoccupa di più al momento?" 2) "Di cosa ha più bisogno al momento?"

⁶¹ GONG Xu 龚栩, XIE Xiyao 谢熹瑶, XU Rui 徐蕊, et al., "Yiyu-jiaolu-yali liang biao jianti zhongwen ban" 抑郁-焦虑-压力量表简体中文版(DASS-21)在中国大学生中的测试报告 (Proprietà psicometriche delle versioni cinesi di DASS-21 negli studenti universitari cinesi), *Zhongguo linchuang xinli xue zazhi*, 2010, vol. 18, n. 4, pp. 443-446.

⁶² WANG Xiangdong 汪向东, WANG Xilin 王希林, MA Hong 马弘 et al., *Xinli weisheng pingding liang biao shouce (zengding ban)* 心理卫生评定量表手册(增订版) [Manuale della scala di valutazione della salute mentale (versione aggiornata)], Pechino, Zhongguo xinli weisheng zazhi she, 1999, pp. 122-130.

⁶³ XIE Yaning 解亚宁, "Jianyi yingdui fangshi liang biao xin du he xiao du de chubu yanjiu" 简易应对方式量表信度和效度的初步研究 (Affidabilità e validità del questionario semplificato sulle strategie di adattamento), *Zhongguo linchuang xinli xue zazhi*, 1998, vol. 6 n. 2, pp. 114-115.

1.4 Elaborazione statistica

Per l'analisi dei dati è stato utilizzato il software statistico SPSS 21.0. I dati quantitativi sono stati espressi come media \pm deviazione standard ($\bar{x} \pm s$), mentre i dati qualitativi sono stati espressi in frequenza e velocità. Il confronto tra i gruppi di dati che non erano conformi alla normale distribuzione è stato eseguito mediante il test della somma dei ranghi. Per analizzare i fattori di influenza di depressione, ansia e stress sono state utilizzate l'Analisi della varianza univariata (ANOVA) e l'analisi di regressione logistica binaria multivariata. La differenza era statisticamente significativa ($P < 0,05$).

2. Risultati

2.1 Informazioni base dei soggetti intervistati

È stato ottenuto un totale di 2.060 questionari validi che includevano 400 dipendenti ospedalieri, 485 studenti, 369 medici specializzandi, 335 medici residenti e 471 dipendenti del personale di società terze. Di questi, 655 erano uomini (31,8%) e 1.405 erano donne (68,2%) di età ($31,9 \pm 8,72$). Inoltre, vi erano 204 persone (9,9%) con diploma di scuola media e scuola superiore, 1.189 (57,7%) universitari laureati e non, 667 persone (32,4%) con laurea magistrale e superiore; 747 (36,3%) dipendenti che lavorano in presenza e 1.313 (63,7%) che lavorano da casa o al momento non lavorano.

2.2 Distribuzione di depressione, ansia e stress del personale ospedaliero

Per quanto riguarda la depressione vi erano 318 dipendenti ospedalieri (15,4%) depressi, di cui 164 lievi (8,0%), 117 moderati (5,7%), 17 gravi (0,8%) e 20 estremamente gravi (1,0%). Sofrivano d'ansia 337 dipendenti (16,4%), di cui 104 erano lievi (5,0%), 155 erano moderati (7,5%), 41 gravi (2,0%) e 37 estremamente gravi (1,8%). Vi erano poi 214 dipendenti con stress (10,4%), di cui 104 erano lievi (5,0%), 60 erano moderati (2,9%), 36 erano gravi (1,7%) e 14 erano estremamente gravi (0,7%).

2.3 Punteggi della scala di depressione-ansia-stress del personale ospedaliero

I punteggi di depressione-ansia-stress dei diversi gruppi del personale ospedaliero sono mostrati nella tabella 1. I risultati del test della somma dei ranghi hanno mostrato che i livelli di depressione, ansia e stress dei diversi gruppi erano diversi e la differenza era statisticamente significativa (depressione $U=62,653$, $P<0,001$; ansia $U=69,513$, $P<0,001$; stress $U=55,349$, $P<0,001$). Tra questi, gli infermieri e il personale delle pulizie di società terze presentavano i livelli più evidenti di depressione, ansia e stress.

2.4 Correlazione tra depressione, ansia e stress, sostegno sociale e strategie di adattamento

La tabella 2 mostra la correlazione tra depressione, ansia e stress, supporto sociale e strategie di adattamento. I risultati hanno mostrato che depressione, ansia e stress erano correlati negativamente con il sostegno oggettivo, il sostegno soggettivo, utilizzo del sostegno e *coping* positivo, ma positivamente correlati con *coping* negativo ($P<0,05$).

2.5 Risultati delle domande a risposta aperta

Dalla prima domanda: “Cosa la preoccupa di più al momento?”, alla quale hanno risposto diversi gruppi del personale ospedaliero, sono state ottenute le 5 risposte più ricorrenti per ciascun gruppo. Tra il personale ospedaliero ($n=263$) le preoccupazioni maggiori erano: il controllo dell'epidemia (44,86%, $n=118$), la salute propria e dei familiari (15,21%, $n=40$), la sicurezza per se stessi e per i familiari (14,07%, $n=37$), l'incapacità di andare a lavorare normalmente (6,46%, $n=17$) e la pressione economica (3,80%, $n=10$). Tra i laureati e i dottorandi ($n=330$) le preoccupazioni erano: pubblicare articoli, scrivere la tesi e laurearsi (55,76%, $n=184$), il controllo dell'epidemia (15,45%, $n=51$), la ricerca di lavoro (9,70%, $n=32$), gli studi e il loro proseguimento (6,97%, $n=23$) e il rifornimento di dispositivi di protezione (3,94%, $n=13$). Tra i tirocinanti ($n=262$) le preoccupazioni erano: il controllo dell'epidemia (52,67%, $n=138$), la salute propria e dei loro familiari (9,16%, $n=24$), il ritardo del proseguimento degli studi (7,63%, $n=20$), le conseguenze sugli studi in corso (6,49%, $n=17$) e la sicurezza per se stessi e per i familiari (5,73%, $n=15$). Anche i medici residenti ($n=226$) erano turbati dal controllo dell'epidemia (36,28%, $n=82$), dalla pressione economica (11,95%, $n=27$), dalla ricerca di lavoro (10,18%, $n=23$), dall'incapacità di andare a lavorare normalmente (7,52%, $n=17$), nonché dall'esame di medico (6,64%, $n=15$). Tra il personale di società terze infine ($n=339$), le preoccupazioni erano: il controllo dell'epidemia (58,41%, $n=198$), la sicurezza per se stessi e per le loro famiglie (12,68%, $n=43$) e la pressione economica (7,67%,

n=26). Anche per loro vi era la preoccupazione per il rifornimento di dispositivi di protezione (6,49%, n=22) e la salute per se stessi e per i familiari (2,36%, n=8).

Tabella 1

Punteggi della Scala di depressione-ansia-stress dei vari gruppi dell'ospedale

($\bar{x} \pm s$)

Tipologia di impiego	n	Stress		Ansia		Depressione	
		Punteggio	Media	Punteggio	Media	Punteggio	Media
Infermieri	200	9,75±8,65	1.144,74	6,36±7,84	1.203,31	5,06±7,47	1.128,23
Medici	100	7,54±6,64	1.055,31	3,42±4,73	1.044,01	4,84±5,87	1.089,28
Tecnici	40	6,45±4,63	947,88	1,7±2,29	862,00	4,80±4,75	1 188.25
Gestori della logistica	60	6,83±6,27	1.007,48	3,07±4,74	1.046,34	3,07±4,65	972.60
Laureati	392	6,59±7,42	1.047,35	3,33±5,21	1.037,76	4,60±6,57	1.085,02
Dottorandi	93	6,15±7,00	1.042,77	2,75±4,82	989,03	3,40±5,30	983,17
Infermieri tirocinanti	33	7,09±5,17	955,53	3,52±3,74	1.012,18	4,06±5,30	1.022,18
Medici specializzandi	271	5,99±6,10	998,59	2,57±3,98	974,63	2,89±4,15	971,11
Tecnici apprendisti	39	5,13±5,42	1.023,50	2,46±3,66	992,40	2,36±3,34	920,37
Medici in aggiornamento professionale	26	6,23±5,01	923,50	2,54±3,23	972,38	2,62±3,34	944,81
Medici residenti	335	5,32±6,16	993,54	3,0±4,44	998,75	3,25±4,93	1 002,23
Personale del collocamento dei lavoratori	228	6,534±6,65	1.013,43	3,49±4,82	1.052,11	2,74±4,60	987,54
Elettricisti e altri lavoratori	204	5,50±6,93	1.009,79	2,59±4,44	978,95	2,62±4,82	982,69
Personale delle pulizie	39	9,69±9,56	1.191,68	4,51±6,56	1.180,69	6,72±8,84	1.201,85
Totale del personale	2.060	6,56±6,99		3,35±5,13		3,68±5,62	
<i>U</i>			55,349		69,513		62,653
<i>P</i>			<0,001		<0,001		<0,001

Tabella 2**Correlazione tra depressione, ansia e stress con sostegno sociale e strategie di adattamento**

Oggetto	Sostegno oggettivo	Sostegno soggettivo	Utilizzo del sostegno	<i>Coping</i> positivo	<i>Coping</i> negativo
Stress	-0,167**	-0,229**	-0,233**	-0,294**	0,109**
Ansia	-0,194**	-0,223**	-0,227**	-0,299**	0,104**
Depressione	-0,247**	-0,275**	-0,281**	-0,378**	0,068**

**P<0,05

Dalla seconda domanda: “Di cosa ha più bisogno al momento?”, alla quale hanno risposto diversi gruppi del personale ospedaliero, sono state ottenute le 5 risposte più ricorrenti per ciascun gruppo. Il personale ospedaliero (n=224) ha risposto: dispositivi di protezione (26,34%, n=59), supporto psicologico (9,38%, n=21), sostegno economico, a partire dal proprio salario (8,48%, n=19), tempo adeguato per riposare (8,04%, n=18) e una vita normale (7,59%, n=17). I laureati e i dottorandi (n=278) sentivano maggiormente la necessità di: pubblicare articoli, terminare la tesi e laurearsi (44,60%, n=124), bisogno di tempo e di poterselo gestire autonomamente (10,43%, n=29), dispositivi di protezione (9,35%, n=26), inizio regolare delle lezioni (8,99%, n=25) e bisogno di cercare lavoro (7,19%, n=20). Tra i tirocinanti (n =224) erano: dispositivi di protezione (18,75%, n=42), opportunità di apprendimento (15,63%, n=35), sostegno economico, come il pagamento dello stipendio (12,05%, n=27), andare a lavorare normalmente (8,93%, n=20) e supporto psicologico (8,04%, n=18). Per i medici residenti (n=164) i bisogni maggiori erano: sostegno economico (19,51%, n=32), dispositivi di protezione (19,51%, n=32), opportunità di apprendimento (7,93%, n=13), andare a lavorare normalmente (7,93%, n=13) e supporto psicologico (6,71%, n=11). Per il personale di società terze (n=315) erano: dispositivi di protezione (40%, n=126), supporto economico (20%, n=63), andare a lavorare normalmente (6,98%, n=22), bisogno di sicurezza personale e per i familiari (5,39%, n=17) e infine supporto psicologico (5,08%, n=16).

2.6 Fattori influenti su depressione, ansia e stress

I risultati dell'analisi a fattore singolo hanno dimostrato che sulla depressione influiscono: la tipologia del lavoro, i contatti con persone infette, l'anzianità di servizio, il livello di istruzione, l'occupazione, l'impatto dell'epidemia sull'economia, il livello di protezione, la conoscenza delle misure di protezione attuali, la preoccupazione per un rifornimento insufficiente dei dispositivi di protezione e lo storico della malattia. I fattori di cui sopra sono stati esclusi da $P=0,1$ e per l'analisi di regressione logistica binaria multivariata è stato utilizzato il metodo di regressione graduale all'indietro. I risultati hanno quindi dimostrato che la tipologia di lavoro, il livello di istruzione, avere o meno lavoro da svolgere, l'impatto dell'epidemia sull'economia e la preoccupazione per un rifornimento insufficiente dei dispositivi di protezione sono correlati alla depressione (tabella 3).

Sempre tramite l'analisi a fattore singolo, i risultati hanno mostrato quali elementi incidessero sull'ansia. Tipologia di lavoro, stato di servizio, contatti con individui infetti, genere, anzianità di servizio, impatto dell'epidemia sull'economia, livello di protezione, conoscenza delle misure di protezione attuali, preoccupazione per un rifornimento insufficiente dei dispositivi di protezione e storico della malattia sono risultati essere fattori influenti. I fattori di cui sopra sono stati esclusi da $P=0,1$ ed è stato utilizzato il metodo di regressione graduale all'indietro per l'analisi di regressione logistica binaria multivariata. I risultati hanno dimostrato che la tipologia di lavoro, i contatti con individui infetti, l'impatto epidemico sull'economia, l'inquietudine per un rifornimento insufficiente dei DPI e lo storico della malattia erano tutti elementi correlati all'ansia (tabella 3).

Tabella 3

Analisi di regressione logistica dei fattori influenti su depressione, ansia e stress del personale ospedaliero

Variabile dipendente	Variabile indipendente	<i>b</i>	SE	Wald	<i>P</i>	OR	95% CI	
							inf.	sup.
<i>Depressione</i>	Tipologia di lavoro (riferimento: Infermieri)							
	Gestori della logistica	-1,105	0,484	5,214	0,022	0,331	0,128	0,855
	Dottorandi	-0,897	0,416	4,636	0,031	0,408	0,180	0,923
	Medici specializzandi	-0,981	0,271	13,077	<0,001	0,375	0,220	0,638
	Tecnici apprendisti	-1,718	0,753	5,204	0,023	0,180	0,041	0,785
	Medici residenti	-0,708	0,240	8,694	0,003	0,493	0,308	0,789

	Collocamento dei lavoratori	-0,748	0,279	7,164	0,007	0,473	0,274	0,819
	Livello di istruzione (riferimento: Scuola superiore o inferiore)							
	Laureati magistrali e superiore	0,889	0,399	4,962	0,026	2,432	1,113	5,317
	Posizione (nessun riferimento)							
	Si	0,875	0,358	5,984	0,014	2,398	1,190	4,832
	Impatto epidemico sull'economia (nessun riferimento)							
	Moderato	0,504	0,197	6,566	0,010	1,656	1,126	2,435
	Parziale	0,637	0,259	6,051	0,014	1,890	1,138	3,139
	Grave	0,898	0,317	8,049	0,005	2,455	1,320	4,567
	Preoccupazione per rifornimento insufficiente di DPI (nessun riferimento)							
	Moderato	0,860	0,318	7,298	0,007	2,362	1,266	4,407
	Parziale	1,156	0,333	12,087	0,001	3,178	1,656	6,098
	Grave	1,063	0,400	7,081	0,008	2,896	1,323	6,337
<i>Ansia</i>	Tipologia di lavoro (riferimento: Infermieri)							
	Medici	-0,780	0,316	6,114	0,013	0,458	0,247	0,851
	Medici specializzandi	-0,937	0,262	12,794	<0,001	0,392	0,234	0,655
	Medici residenti	-0,708	0,242	8,577	0,003	0,493	0,307	0,791
	Collocamento dei lavoratori	-0,533	0,244	4,772	0,029	0,587	0,364	0,947
	Elettricisti e altri lavoratori	-0,967	0,283	11,703	0,001	0,380	0,218	0,662
	Contatti con la persona infetta (nessun riferimento)							
	Contatti	0,506	0,155	10,584	0,001	1,658	1,223	2,248
	Impatto epidemico sull'economia							

	(nessun riferimento)							
	Moderato	0,589	0,204	8,363	0,004	1,803	1,209	2,687
	Parziale	0,863	0,255	11,484	0,001	2,370	1,439	3,904
	Grave	1,117	0,309	13,035	<0,001	3,055	1,666	5,602
	Preoccupazione per rifornimento insufficiente di DPI (nessun riferimento)							
	Leggero	0,784	0,388	4,080	0,043	2,189	1,024	4,683
	Moderato	1,209	0,368	10,781	0,001	3,351	1,628	6,898
	Parziale	1,529	0,380	16,205	<0,001	4,614	2,192	9,715
	Grave	1,562	0,433	13,007	<0,001	4,768	2,040	11,141
	Storico della malattia (nessun riferimento)							
	Si	0,501	0,159	9,953	0,002	1,650	1,209	2,251
<i>Stress</i>	Contatti con la persona infetta (nessun riferimento)							
	Contatti	0,568	0,187	9,227	0,002	1,765	1,223	2,548
	Impatto epidemico sull'economia (nessun riferimento)							
	Parziale	1,176	0,285	17,002	<0,001	3,243	1,854	5,673
	Grave	0,936	0,356	6,928	0,008	2,551	1,270	5,122
	Preoccupazione per rifornimento insufficiente di DPI (nessun riferimento)							
	Parziale	1,366	0,398	11,793	0,001	3,921	1,798	8,552
	Grave	1,841	0,447	16,956	<0,001	6,301	2,624	15,132

La stessa procedura è stata adottata per lo studio delle cause dello stress e i risultati hanno dimostrato che la tipologia di lavoro, essere in servizio, i contatti con individui infetti, l'anzianità di servizio, l'impatto dell'epidemia sull'economia, il livello di protezione, la conoscenza delle misure di protezione attuali, la preoccupazione per l'insufficienza dei dispositivi di protezione e lo storico della malattia possono avere un impatto negativo sullo stress. Di nuovo, i suddetti elementi sono stati esclusi da $P=0,1$ ed è stato utilizzato il metodo di regressione graduale all'indietro per l'analisi di regressione logistica binaria multivariata. Secondo gli esiti il contatto con individui infetti,

l'impatto dell'epidemia sull'economia e l'inquietudine per un rifornimento insufficiente dei dispositivi di protezione sono correlati allo stress (tabella 3).

3. Discussione

Hayes et al.⁶⁴ hanno intervistato 1.749 medici con DASS-21 e hanno scoperto che la depressione, l'ansia e lo stress erano rispettivamente del 16,6%, del 14,4% e del 19%. I risultati del presente studio hanno mostrato che le percentuali di rilevamento di depressione, ansia e stress tra il personale ospedaliero erano rispettivamente del 15,4%, 16,4% e 10,4% e la depressione e l'ansia erano correlate all'intensità del lavoro⁶⁵. Per evitare infezioni nosocomiali durante l'epidemia, solo il 36,3% dei dipendenti dell'ospedale era in servizio. La maggior parte dei dipendenti lavorava da casa, o in quel momento non lavorava affatto e la loro intensità di lavoro era relativamente ridotta. Di conseguenza il tasso di rilevamento delle emozioni negative dell'intero gruppo risultava basso. Il personale medico in prima linea si trova ad affrontare una pressione tremenda, incluso un alto rischio di infezione e una maggiore intensità di lavoro, che può causare ansia, depressione, disturbi del sonno, esaurimento nervoso sul lavoro, ecc.⁶⁶. Le istituzioni sanitarie dovrebbero organizzare la rotazione del personale in prima linea e ridurre i turni, in modo da evitare un eccessivo affaticamento del personale medico di prima linea e proteggere la salute mentale della popolazione. Gli infermieri inoltre, sono il gruppo del personale che sta più a lungo a contatto con i pazienti, con maggiori possibilità di infettarsi. Sopportano più stress fisico e mentale a causa di carichi di lavoro pesanti e possono risentire in misura maggiore delle emozioni negative⁶⁷. I risultati del presente studio hanno dimostrato anche che gli infermieri ospedalieri presentano livelli più evidenti di depressione, ansia e stress.

Durante l'epidemia, i pazienti che vengono normalmente in ospedale per le cure hanno più probabilità del solito di provare ansia e panico. I pazienti in isolamento invece avvertiranno noia,

⁶⁴ HAYES Blánaid, PRIHODOVA Lucia, WALSH Gillian et al., "What's up doc? A national cross-sectional study of psychological wellbeing of hospital doctors in Ireland", *BMJ Open*, vol. 7, n. 10, 2017, p. e018023.

⁶⁵ YUAN Yuan 袁媛, CHEN Ying 陈英, HAN Haihong 韩海宏 et al., "Yiwu renyuan jiaolu yiyu xianzhuang yu gongzuo qiangdu de xiangguan xing" 医务人员焦虑抑郁现状与工作强度的相关性 (Lo stato di ansia e depressione del personale medico e la loro correlazione con l'intensità del lavoro), *Zhongguo jiankang xinli xue zazhi*, 2019, vol. 27, n. 7, pp. 1059-1063.

⁶⁶ KANG Lijun, LI Yi, HU Shaohua et al., "The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus", *Lancet Psychiatry*, vol. 7, n. 3, 2020, p. e14. Identificativo articolo: 10.1016/S2215-0366(20)30047-X; WU Jijun 吴际军, RONG Xian 荣娴, CHEN Fei 陈飞 et al., "Kangji xinxing guanzhuang bingdu feiyan yiqing linchuang yixian hushi shuimian zhiliang tiaocha ji qi yingxiang yinsu" 抗击新型冠状病毒肺炎疫情临床一线护士睡眠质量调查及其影响因素 (Indagine sulla qualità del sonno degli infermieri di prima linea nella lotta contro la malattia da coronavirus 2019 e i suoi fattori di influenza), *Huli yanjiu*, 2020, vol. 34 n. 4, pp. 558-562.

⁶⁷ MAHARAJ Shamona, LEES Tai, LAL Sara, "Prevalence and risk factors of depression, anxiety, and stress in a cohort of Australian nurses", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 16, n. 1, 2018, p. 61.

solitudine e persino rabbia, il che aumenta la pressione sugli infermieri nella gestione del paziente e nella comunicazione medico-paziente. Inoltre, la maggior parte degli infermieri ha una bassa anzianità di servizio, non ha sperimentato simili emergenze di salute pubblica e manca di esperienza nel rispondere ad improvvise malattie infettive. Pertanto, le istituzioni mediche dovrebbero attribuire grande importanza alla salute mentale degli operatori sanitari, in particolare del personale infermieristico, migliorare il meccanismo di gestione delle emergenze di salute pubblica, rafforzare la consulenza psicologica e l'assistenza umanistica, per garantire che abbiano energia, forza fisica e stato mentale sufficienti per affrontare il lavoro clinico. Il lavoro dei tecnici ospedalieri poi, è unico e arduo. Tra questi, la maggior parte si trova ad affrontare un gran numero di campioni clinici; in particolare, i tecnici di laboratorio che effettuano l'isolamento, la coltura e l'identificazione di batteri, funghi, virus e altri agenti patogeni, hanno maggiori probabilità di contrarre infezioni iatrogene⁶⁸. I risultati del presente studio hanno dimostrato che i tecnici si espongono a un alto rischio di depressione; in particolare i tecnici di laboratorio, che affrontano un aumento del rischio di infezione poiché sottoposti a un improvviso aumento dei campioni di test dell'acido nucleico; questi ultimi richiedono una protezione a tre livelli. Pertanto, è necessario rafforzare la formazione sulla protezione. Il personale delle società terze dell'ospedale si occupa di assistenza medica (principalmente ospedalizzazione assistita), pulizia, sicurezza, ecc. la maggior parte delle posizioni comporta un contatto diretto con i pazienti. Gli addetti alle pulizie, in qualità di personale di prima linea dell'ambiente igienico-sanitario dell'ospedale, durante l'epidemia possono entrare in contatto con pazienti critici, confermati o sospetti. Inoltre, a causa degli orari di lavoro prolungati, del carico di lavoro pesante, dei bassi salari e dell'elevata mobilità del personale, alcuni nuovi dipendenti non hanno ricevuto una formazione preliminare e il loro rischio di infezione da microrganismi patogeni è superiore a quello di altri gruppi. Il dottor Han Binru⁶⁹ ha condotto un'indagine conoscitiva su 190 addetti alle pulizie entrati in un reparto dove si curava la SARS risalente al 2003 e ha scoperto che solo il 16,3% del personale aveva conoscenze mediche e solo il 21,6% conosceva a livello professionale le mansioni igienico-sanitarie. Si registrava inoltre, una scarsa consapevolezza dei comuni metodi di pulizia e disinfezione. Se gli addetti alle pulizie mancano di consapevolezza della protezione mettono in pericolo la loro salute e possono diventare la fonte e il mezzo di trasmissione,

⁶⁸ WEI Shigang 魏世刚, WANG Yali 汪亚丽, ZHANG Yao 张姚, "Weishigang, wangyali, zhang yao. Jianyan ke yi yuan xing ganran de weixian yinsu fenxi yu yufang kongzhi" 检验科医源性感染的危险因素分析与预防控制 (Analisi dei fattori di rischio, prevenzione e controllo delle infezioni iatrogene in laboratorio) *Zhonghua yiyuan ganran xue zazhi*, 2015, vol. 25, n. 2, pp. 472-474.

⁶⁹ HAN Binru 韩斌如, "SARS bing qu baojie renyuan xiaodu geli zhishi diaocha ji guanli duice" SARS病区保洁人员消毒隔离知识调查及管理对策 (Indagine e strategie di gestione sulla disinfezione e conoscenza dell'isolamento del personale addetto alle pulizie nei reparti SARS), *Huli xue zazhi*, 2004, vol. 3, pp. 62-63.

aumentando così il rischio di infezioni nosocomiali⁷⁰. I risultati del presente studio hanno dimostrato che gli addetti alle pulizie riscontravano i livelli più evidenti di depressione, ansia e stress. I sondaggi delle interviste hanno mostrato anche che la loro richiesta di DPI era più evidente di quella di altri gruppi. Inoltre, temevano che i salari non potessero essere pagati come al solito e la pressione economica era evidente. Pertanto, le istituzioni mediche dovrebbero condurre una formazione pre-lavorativa sistematica per gli addetti alle pulizie, formulare procedure di lavoro rigorose, fornire supporto psicologico e aumentare adeguatamente i sussidi e le indennità per garantire la salute mentale degli addetti alle pulizie durante l'epidemia.

Gli ospedali generali in Cina integrano la ricerca clinica e scientifica con quella didattica e la salute mentale degli studenti di medicina non può essere ignorata. Il dottor Ding Shurong et al.⁷¹ hanno scoperto che l'ansia e la depressione degli studenti durante la SARS erano superiori a quelle della popolazione generale, mentre il dottor Liu Lichun⁷² ha scoperto che l'incidenza di depressione e ansia degli studenti di dottorato era rispettivamente del 23% e del 18,5%. I risultati del presente studio hanno mostrato che i dottorandi erano sottoposti a forte stress. La sezione dell'indagine con le domande a risposta aperta ha riportato che la forte preoccupazione derivava principalmente dalla laurea, dal fatto che gli studi e gli esperimenti sull'epidemia non potessero progredire come programmato, dai ritardi nella pubblicazione di articoli e nella stesura della tesi di laurea, per poi dover affrontare la seduta di laurea, quindi il proseguimento degli studi ed infine la ricerca di lavoro. Durante l'epidemia è necessario quindi istituire un maggior numero di corsi di orientamento online per la ricerca scientifica, in modo da incrementare la supervisione degli studenti. Anche i laureati hanno bisogno di migliorare le loro abilità gestionali: le scuole potrebbero dunque integrare corsi di gestione del tempo, pianificazione della carriera e gestione delle emozioni personali.

Il personale dirigente dell'ospedale, la logistica e altri reparti amministrativi sono stati sottoposti a forti pressioni durante l'epidemia. Il dottor Jiang Jinghua⁷³ ha scoperto che in un ospedale di secondo livello i quadri dirigenti di livello medio presentano una certa tendenza psicologica compulsiva e un basso grado di felicità. Il presente studio ha mostrato anche che i

⁷⁰ TENG Teng 滕腾, WANG Jiajia 王迦佳, “Gongli yiyuan houqin bianwai ren yuan shehui hua libi fenxi yu qushi” 公立医院后勤编外人员社会化利弊分析与趋势 (Analisi dei vantaggi e svantaggi della socializzazione del personale logistico negli ospedali pubblici e suo andamento), *Renli ziyuan guanli*, 2016, vol. 9, p. 166.

⁷¹ DING Shurong 丁树荣, SHI Jing 石晶, WANG Tinglin 王廷林 et al., “SARS liuxing qijian gongzhong xinli zhuangkuang diaocha” SARS 流行期间公众心理状况调查 (Indagine sullo stato psicologico del popolo durante l'epidemia di SARS), *Zhongguo gonggong weisheng*, 2005, vol. 9, pp. 1119-1120.

⁷² LIU Chunli 刘春丽, “Boshi yanjiusheng yiyu he jiaolu zhengzhuang xian kuang diaocha ji yingxiang yinsu fenxi” 博士研究生抑郁和焦虑症状现状调查及影响因素分析 (Indagine sui sintomi di depressione e ansia di studenti di dottorato e analisi dei fattori di influenza), *Shengyang: China Medical University*, 2019.

⁷³ JIANG Jinghua 江景华, “Gongli zonghe yiyuan zhongceng ganbu xinli jiankang zhuangkuang diaocha” 公立综合医院中层干部心理健康状况调查 (Indagine sullo stato di salute mentale dei quadri di livello medio negli ospedali pubblici generali), *Zhongwai yixue yanjiu*, 2014, vol. 12, n. 22, pp. 72-73.

dipendenti ospedalieri con lavoro da svolgere sono a maggior rischio di depressione rispetto a quelli senza lavoro da svolgere. Durante l'epidemia, gli ospedali generali sono ospedali designati e i quadri dirigenti devono coordinare e organizzare una grande quantità di lavoro. Hanno una grande responsabilità nel garantire la sicurezza del personale medico e dei pazienti in ospedale. Pertanto, è necessario prestare attenzione allo stress di questo gruppo di persone.

Il supporto sociale è associato a un migliore adattamento psicologico⁷⁴ e la formazione sulle strategie di adattamento per il personale medico può ridurre l'esaurimento nervoso sul lavoro⁷⁵. Questo studio mostra che gli stati mentali di depressione, stress e ansia sono correlati negativamente con supporto soggettivo, supporto oggettivo, utilizzo del supporto e *coping* attivo, e positivamente correlati con il *coping* negativo. I dipendenti dell'ospedale hanno ovvie esigenze di supporto psicologico e l'ospedale deve prendere l'iniziativa e intervenire per fornirne, come scrivere un breve manuale di assistenza psicologica, condurre consulenza psicologica di gruppo online, aprire un numero verde e una consulenza psicologica individuale, ecc. D'altra parte, i dipendenti dovrebbero essere formati in modo che imparino a cercare aiuto e sostegno da familiari, colleghi e amici.

Condurre un buon lavoro di formazione è la chiave per migliorare la capacità di risposta del personale ospedaliero. Esperti canadesi⁷⁶ hanno suggerito che il Ministero della Salute dovrebbe lavorare a stretto contatto con associazioni professionali ed esperti in settori correlati, per istituire corsi di formazione e istruire sulle capacità imprenditoriali prima di rispondere alle emergenze. Una formazione precoce ed efficace aiuterà il personale medico a eliminare il panico psicologico e le emozioni negative causate da conoscenze insufficienti e stimolerà il potenziale di ognuno per rispondere meglio alle crisi. I risultati dello studio condotto mostrano che, al diminuire della consapevolezza dell'efficacia delle misure protettive e all'aumento del grado di preoccupazione per una fornitura insufficiente di DPI, aumenta conseguentemente il manifestarsi di emozioni negative. Pertanto, le istituzioni mediche dovrebbero svolgere formazione per il personale in base ai diversi gruppi lavorativi e con contenuti diversi, per garantire che tutti padroneggino una conoscenza pertinente della prevenzione e del controllo delle infezioni da COVID-19. In breve, nella lotta globale contro il COVID-19, le istituzioni mediche dovrebbero migliorare la consapevolezza dei dipendenti sulla prevenzione psicologica e sulle strategie di intervento. In risposta alle

⁷⁴ MAK Winnie W. S., LAW Rita W., WOO Jean et al., "Social support and psychological adjustment to SARS: The mediating role of self-care self-efficacy", *Psychology & Health*, vol. 24, n. 2, 2009, pp. 161-174.

⁷⁵ HOWLETT Michael, DOODY Kyle, MURRAY Joseph et al., "Burnout in emergency department healthcare professionals is associated with coping style: A cross-sectional survey", *Emergency Medicine Journal*, vol. 32, n. 9, 2015, pp. 722-727.

⁷⁶ Expert Panel on SARS and Infectious Disease Control, *For the Public's Health: Initial Report of the Ontario Expert Panel on SARS and Infectious Disease Control*, Toronto, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 2003.

caratteristiche del COVID-19, dovrebbero stabilire un forte sistema di gestione delle emergenze e di intervento psicologico, rafforzare la formazione professionale, in modo da migliorare il livello aziendale dei dipendenti e le capacità di risposta alle emergenze, oltre a fornire un supporto sociale tempestivo ed efficace. Un tale intervento per i diversi gruppi lavorativi è una potente garanzia contro il COVID-19, ed è anche una vera assistenza psicologica per il personale ospedaliero.

CAPITOLO 3:

Commento traduttologico

3.1 La traduzione specializzata

Per traduzione specializzata (TS) si intende la comunicazione interlinguistica mediata di documenti redatti nelle lingue speciali, il cui obiettivo è la comunicazione di informazioni a gruppi più o meno ristretti di destinatari⁷⁷. Per quanto riguarda le lingue speciali, si considera la definizione di Gotti secondo cui sono linguaggi diversi dalla lingua comune, che utilizzano regole proprie e simboli particolari. In generale le lingue speciali si possono intendere in senso stretto come sottocodici oggetto della TS, caratterizzati da un lessico specifico e da tratti morfosintattici e testuali caratteristici, che rappresentano uno strumento di comunicazione immediato ed efficace di determinati argomenti, in modo da fornire uno strumento di riconoscimento agli esperti del settore⁷⁸.

L'approccio alla TS è di tipo cognitivo e razionale, dove il traduttore affronta solitamente testi «chiusi» in cui è possibile una sola interpretazione corretta del prototesto. Le variazioni di norma caratteristiche del lavoro di traduzione infatti, possono riguardare solamente gli aspetti formali del testo e non le informazioni contenute nel testo di partenza. Il discorso specialistico inoltre, corrisponde a testi di ambito scientifico e tecnologico di natura utilitaristica e di validità limitata nel tempo. Secondo la classificazione del discorso specialistico ideata da Pinchuck, basata su un duplice criterio (intenzionalità comunicativa dell'emittente e ambito professionale di utilizzo), il discorso scientifico viene utilizzato per la descrizione dei risultati di una ricerca e la conseguente esposizione di ipotesi e teorie⁷⁹. Ad ogni tipo di discorso poi, corrispondono modelli di scrittura tecnico-scientifica generalizzati, come i risultati di ricerca scientifica applicata e di lavoro tecnico, ed anche la forma testuale più adatta, come ad esempio un articolo scientifico o un saggio. All'interno della TS è possibile individuare vari tipi di traduzione di genere tecnico-scientifico, fra cui la traduzione medica, di cui verranno analizzate le caratteristiche.

3.1.1 La traduzione medica

La traduzione medica rientra nella macrocategoria della traduzione specializzata e generalmente consiste nella traduzione di documenti di varia natura per l'ambito sanitario, sia dal punto di vista

⁷⁷ SCARPA Federica, *La traduzione specializzata: un approccio didattico professionale*, Milano, Hoepli, 2008, p. 75.

⁷⁸ *Ivi*, pp. 1-2.

⁷⁹ PINCHUCK Isadore, cit. in. *Ivi*, pp. 14-15.

normativo che tecnico. La traduzione medica compie un trasferimento di informazioni tecnico-scientifiche fondamentali per la società odierna, motivo per cui richiede, oltre alle conoscenze linguistiche, una formazione specialistica e una conoscenza approfondita della materia per la natura tecnica dei testi. Oltre alla terminologia, un traduttore medico deve conoscere anche il sistema linguistico che ne fa parte; nel caso dei farmaci ad esempio, possono essere differenti nei vari paesi, può cambiare il nome del suo principio attivo, o cambiare la dose. L'aspirina prodotta in Italia contiene un principio attivo doppio rispetto all'aspirina che si trova in America, pertanto lo stesso farmaco richiede diversi modi di somministrazione a seconda della posizione geografica. La traduzione medica presenta un linguaggio molto specifico, «il linguaggio medico è un sottosistema del linguaggio naturale che viene utilizzato per la comunicazione tra specialisti della scienza medica⁸⁰», inoltre, si distingue dal linguaggio generale e dagli altri linguaggi tecnici e scientifici per le scelte operate sui piani morfosintattico, lessicale e testuale. Il lessico del linguaggio medico è sicuramente il maggior tratto distintivo. In quanto linguaggio di tipo scientifico, secondo le funzioni linguistiche elaborate da Jakobson, la macrofunzione con cui si può classificare è quella referenziale (informativa) orientata verso la realtà extralinguistica (il contesto)⁸¹. L'approccio alla traduzione quindi è di tipo comunicativo.

La funzione predominante del linguaggio medico inoltre, è quella descrittiva: si vogliono comunicare informazioni mediche ai fini del progresso nel modo più chiaro ed efficace possibile⁸². La traduzione medica presenta anche fini persuasivi, ovvero convincere i destinatari della validità, della scientificità e della novità di quanto descritto. Si avvale inoltre della funzione denotativa, conferendo al testo le caratteristiche dell'impersonalità, dell'obiettività e della generalità. Pertanto, il linguaggio medico è fortemente condizionato dalla realtà che viene descritta, costituita da un esperimento, un caso clinico, risultati ottenuti a seguito di una ricerca, ecc. Le operazioni cognitive della pratica e della ricerca medica si ritrovano tramite un frequente uso di verbi come *studiare*, *analizzare*, *riscontrare*, *osservare*, *dedurre*, ecc. Un'altra funzione del linguaggio medico è quella istruttiva, reperibile in testi come manuali o le dispense di un corso di specializzazione. Si danno consigli, indicazioni, raccomandazioni, prescrizioni, relative a situazioni concrete. La funzione istruttiva è caratterizzata da un uso di forme verbali e lessicali che esprimono possibilità di comportamento, come *potere*, *essere possibile*, *non è consigliabile* e prevalgono le frasi esortative, oltre a un frequente uso dell'imperativo, che non ha certo funzione di comando ma piuttosto di

⁸⁰ MAGRIS Marella, *La traduzione del linguaggio medico: analisi contrastiva di testi in lingua italiana, inglese e tedesca*, Udine, Campanotto, 1992, p. 2.

⁸¹ SCARPA Federica, *La traduzione specializzata*, op. cit., pp. 115-117.

⁸² SAGER C. Juan et al., cit. in MAGRIS Marella, *La traduzione del linguaggio medico*, op. cit., p. 10.

raccomandazione⁸³. Dopo una breve introduzione sul genere di disciplina trattata, di seguito si commenteranno le caratteristiche specifiche e le problematiche traduttive riscontrate nei testi tradotti.

3.2 Tipologia testuale

I testi presi in esame nel presente lavoro di tesi consistono in due articoli accademici di ambito medico. L'argomento trattato riguarda gli effetti dello scoppio del nuovo Coronavirus del 2019 sulla psicologia dei cinesi. Vista l'attualità del tema, entrambi gli articoli sono piuttosto recenti. Il primo, "2019 Guanzhuang bingdu bing (COVID-19) baofa yiqing xia gongzhong jiaolu zhuangkuang jiqi yingxiang yinsu" 2019 冠状病毒病 (COVID-19) 暴发疫情下公众焦虑状况及其影响因素 (L'ansia e i suoi fattori d'influenza in seguito allo scoppio del Coronavirus nel 2019), è stato pubblicato a maggio 2020 nella rivista *Fudan xuebao (yixueban)* 复旦学报 (医学版) (Fudan University Journal of Medical Sciences). Il secondo articolo, "2019 Guanzhuang bingdu bing yiqing qijian mou zonghe yiyuan yuangong de xinli zhuangtai jiqi yingxiang yinsu" 2019 冠状病毒病疫情期间某综合医院员工的心理状态及其影响因素 (Stato psicologico e fattori di influenza dei dipendenti di un ospedale generale durante l'epidemia di COVID-19), è stato pubblicato a giugno 2020 nella rivista *Zhongnan daxue xuebao (yixueban)* 中南大学学报 (医学版) (Journal of Central South University, Medical Sciences).

Dopo aver condotto uno studio basato su una serie di interviste, questionari e sondaggi, gli articoli raccontano gli effetti riscontrati sulla mentalità, e quindi sui comportamenti delle persone, in seguito allo scoppio di un nuovo virus altamente contagioso e mortale. In particolare, il primo articolo si focalizza sulla popolazione cinese in modo più generico rispetto al secondo articolo, il quale studia esclusivamente il personale ospedaliero. Oltre a condividere una serie di dati e risultati scientifici, entrambi i testi mirano a fornire misure di intervento per la salute mentale. Pertanto, in base al contenuto esposto è possibile affermare che si tratta di testi specialistici con funzione informativa, il cui scopo è quello di divulgare informazioni riguardo allo stato mentale delle persone dopo lo scoppio dell'epidemia. Un altro aspetto caratterizzante della suddetta funzione sono le componenti di paratesto da cui sono corredati gli articoli che servono a completarli, ovvero le tabelle. I testi presentano altresì un tratto prescrittivo, poiché forniscono basi e riferimenti per l'intervento sulla salute mentale; hanno la funzione di regolare il comportamento del destinatario

⁸³ MAGRIS Marella, *La traduzione del linguaggio medico*, op. cit., p. 12.

suggerendo alcune istruzioni e si collegano alla matrice cognitiva che pianifica il comportamento futuro⁸⁴.

3.3 Dominante e lettore modello

Al fine di mantenere l'integrità di un testo è importante stabilirne la dominante. Nel caso del prototesto e del metatesto presi in esame la dominante è l'informazione: i due articoli sono volti a divulgare le ricerche condotte in merito alla condizione mentale della popolazione cinese nel corso dell'epidemia, suddividendo gli individui in vari gruppi sociali. Nel caso del metatesto inoltre, è bene specificare che la trasmissione dell'informazione è stata adeguata al contesto extralinguistico.

In seguito, individuare un lettore modello è indispensabile al fine di stabilire la macrostrategia traduttiva più adeguata a produrre il metatesto. Quanto al lettore modello del prototesto, è uno specialista nel campo della psicologia, della psichiatria, o perfino della statistica. Si tratta inoltre di un individuo di nazionalità cinese, in possesso quindi di conoscenze approfondite della propria società, soprattutto per quanto riguarda la suddivisione del personale ospedaliero in Cina. Il lettore modello del metatesto presenta le medesime caratteristiche, con l'eccezione che non si tratta di un individuo di madrelingua cinese o di un sinologo, pertanto estraneo a molti aspetti del suddetto Paese.

3.4 Macrostrategia traduttiva

Individuati la tipologia testuale, la dominante e il lettore modello, è stata quindi adottata una macrostrategia traduttiva consona allo scopo dei testi in questione, ovvero trasmettere informazioni.

L'obiettivo primario del traduttore specializzato non è quindi necessariamente la "fedeltà" alla forma del testo originale – che spesso, anzi, necessita di un miglioramento – bensì la riproduzione integrale delle informazioni dell'originale e il loro adeguamento alle norme e alle convenzioni redazionali della lingua/cultura di arrivo⁸⁵.

Trattandosi di articoli scientifici di genere divulgativo, è stata prodotta una traduzione volta a mantenere i contenuti principali, soprattutto per quanto concerne i dati numerici. Ma volendo dare la priorità alla chiarezza espositiva, dal punto di vista linguistico e sintattico, in alcuni punti si è preferito approfondire, semplificare o perfino eliminare dove ritenuto necessario. È stato adottato un

⁸⁴ TRONCARELLI Donatella, "Lo sviluppo dell'abilità di scrittura in italiano L2: strategie di insegnamento e risorse per l'apprendimento", *Aggiornamenti* 12, 2017, p. 2.

⁸⁵ SCARPA Federica, *La traduzione specializzata, op. cit.*, p. 85.

approccio «familiarizzante» (o «localizzante»), in cui la lingua/cultura di partenza tende ad essere avvicinata e resa familiare al lettore di arrivo⁸⁶. In particolare, per quanto concerne il piano lessicale, la terminologia legata alla psicomatria e la traduzione di alcuni ruoli all'interno della gerarchia ospedaliera cinese hanno richiesto maggiori interventi e ricerche. Dal punto di vista sintattico sono stati rispettati fondamentalmente gli standard e le convenzioni della lingua italiana. Di seguito vengono approfonditi i fattori lessicali e morfosintattici del prototesto, nonché le relative scelte traduttive adottate nel metatesto.

3.5 Fattori lessicali

Per essere precisi, ci si riferisce ai fattori lessicali di una traduzione di linguaggio medico con «termini», vocaboli privi di ambiguità semantica che assumono un significato univoco nel contesto tecnico in cui vengono impiegate. Danno riferimenti chiari, diretti e non creano fraintendimenti o incomprensioni. Nella traduzione pertanto, si va alla ricerca della cosiddetta «equivalenza lessicale»⁸⁷. Nella ricerca dei traduttori scientifici dal cinese all'italiano si è sempre cercato quindi di trovare un corrispettivo, ma nella maggior parte dei casi gli ideatori di strumenti e metodi di studio psicologici sono di nazionalità straniera, pertanto i termini esatti sono stati reperiti prima in lingua inglese, poi in italiano secondo una traduzione ufficiale quando possibile. Di seguito si analizza una serie di esempi da un livello non specialistico fino all'analisi della terminologia tecnica.

3.5.1 Nomi propri

– Nomi propri di persona

I nomi degli studiosi e dei medici cinesi citati nel prototesto sono stati indicati in pinyin: *Chen Suhong* 陈苏虹 è diventato “Chen Suhong”; *Jiang Furong* 蒋芙蓉 è diventato “Jiang Furong”.

– Nomi di università e ospedali

Per quanto riguarda la maggioranza dei nomi delle istituzioni mediche e di ricerca, è stato possibile tradurli in italiano, quindi *Gonggong weisheng xueyuan yufang yixue yu jiankang jiaoyu jiaoyanshi*

⁸⁶ SCARPA Federica, cit. in. OSIMO Bruno, *Manuale del traduttore: guida pratica con glossario*, Milano, Hoepli, 2011, p. 177.

⁸⁷ OSIMO Bruno, *Manuale del traduttore, op. cit.*, pp. 131-132.

公共卫生学院预防医学与健康教育教研室 è stato tradotto come “Laboratorio di Didattica e Ricerca per l’Educazione Sanitaria e la Medicina Preventiva, Scuola di Sanità Pubblica”. Al contrario, in mancanza di un traduttore ufficiale in lingua italiana è stata riportata la dicitura ufficiale in lingua inglese: è il caso di *Zhejiang gongye daxue* 浙江工业大学, che è diventato “Zhejiang University of Technology” situata a Hangzhou.

3.5.2 Terminologia del personale ospedaliero

Nel secondo articolo, la traduzione di alcuni ruoli all’interno di un ospedale generale terziario in Cina è stata piuttosto ostica, in quanto la gerarchia ospedaliera differisce da quella italiana. In primo luogo, le professioni cinesi presenti nel prototesto *Jinxiu hushi* 进修护士, *Jinxiu yisheng* 进修医生, *Jinxiu jishuyuan* 进修技术员 sono state tradotte rispettivamente come “Infermieri tirocinanti”, “Medici specializzandi” e “Tecnici apprendisti”. Il termine cinese *jinxiu* 进修 che le accompagna, infatti, è un verbo che significa “intraprendere studi avanzati”. Chiaramente per tutti e tre i casi ci si riferisce a una condizione dell’individuo già laureato, o diplomato, che sta attraversando un ulteriore periodo di formazione il quale si svolge con la pura pratica della professione. Ciononostante, è sembrato opportuno diversificare l’aggettivo rendendolo più consono al tipo di mansione, basandosi sulle forme più usate della lingua italiana (è difficile sentire “Tecnico specializzando”, o “Medico tirocinante”). In seguito sono stati riscontrati due generi di posizioni all’interno dell’ospedale prettamente cinesi e sono i *Xibu rencai* 西部人才 e i *Guipei yisheng* 规培医生. I primi sono stati tradotti come “Medici in aggiornamento professionale” e i secondi come “Medici residenti”. Nel caso dei *Xibu rencai* 西部人才, si intendono medici cinesi iscritti al *Xibu weisheng rencai peiyang xiangmu* 西部卫生人才培养项目, ovvero “Programma di formazione sanitaria dei talenti delle province occidentali”. Si tratta di un progetto fondato dal governo cinese al fine di migliorare la qualità professionale sanitaria degli ospedali minori della Cina occidentale⁸⁸. I medici di questi ospedali vengono selezionati per andare a intraprendere ulteriori studi e migliorare la loro formazione negli ospedali più grandi e importanti della Cina, tra cui ad esempio l’ospedale Xiangya di Changsha preso in esame nel secondo articolo. Per quanto riguarda i *Guipei yisheng* 规培医生 il termine è l’abbreviazione di *Zhuyuan yishi guifanhua peixun* 住院医师规范化培训, ovvero “Formazione standard dei Medici residenti”, dove l’ultimo termine deriva da *Zhuyuan yishi*

⁸⁸ LIU Yuanyuan 刘园园, LI Jianling 李建玲, *Xibu weisheng rencai peiyang moshi shijian yu pinggu yanjiu* 西部卫生人才培养模式实践与评估研究 (Pratica e valutazione della modalità di formazione del personale sanitario nella Cina occidentale), tesi di laurea magistrale, Zhongnan daxue, 2012.

住院医师. I Medici residenti sono coloro che svolgono un periodo di formazione post-laurea che si basa fundamentalmente sulla pura pratica (remunerata) della professione negli ospedali. È una parte molto importante per la preparazione di un medico, il quale verrà investito di varie mansioni all'interno dell'ospedale (redigere cartelle cliniche, tenere riunioni, occuparsi dei test di laboratorio, ecc.), seguito e valutato da un medico più anziano e spesso con lo stesso tipo di specializzazione⁸⁹. In ultima analisi, nel personale ospedaliero è presente anche il personale di società terze, *Di san fang renyuan* 第三方人员, ovvero quella categoria di lavoratori che comprende professioni non sanitarie, come ad esempio il personale delle pulizie. Fra queste, nel proto testo era presente il *Laowu paiqian renyuan* 劳务派遣人员, tradotto come “Personale del collocamento dei lavoratori”. Con questi si intendono i lavoratori che vengono inviati dalle società dei servizi del lavoro negli ospedali, a svolgere ciascuno la propria specializzazione. Sia il contratto di lavoro che la paga avvengono fra la società e il lavoratore stesso, ma il servizio chiaramente viene svolto presso la struttura dove è stato inviato il professionista⁹⁰.

3.5.3 Nomi delle tecniche di misurazione psicometriche

Prima di procedere con la descrizione terminologica dei vari strumenti di misura utilizzati nello studio condotto in ciascun articolo, è bene specificare che si tratta di termini appartenenti alla psicomетria, campo di studi della psicologia sperimentale «che si occupa della misurazione dei fenomeni psichici, in relazione alla loro intensità, durata e frequenza»⁹¹. Essa utilizza varie tecniche di misurazione propedeutiche alla psicodiagnostica, la branca della psicologia che si occupa appunto della diagnosi psicologica. Gli studiosi cinesi nel prototesto hanno fatto un ampio uso di scale, di cui alcune create appositamente per l'indagine condotta legata al Coronavirus, altre già esistenti e scientificamente riconosciute. Tra le prime troviamo nel primo articolo ad esempio la *Zi ni COVID-19 yiqing yali yuan liangbiao* 自拟 COVID-19 疫情压力源量表 tradotto come “Scala di autovalutazione delle fonti di stress epidemico da COVID-19”, sviluppata apposta per valutare i

⁸⁹ REN Weimin 任为民 “Bie rang gui pei yisheng hanle xin” 别让规培医生寒了心 (Non bisogna permettere che i medici residenti si arrendano), *Shengming shibao*, <<http://www.lifetimes.cn/editorial/2020-06/16505123.html>>, 06/2020 (consultato il 02.09.2020); “Zhuyuan yishi guifanhua peixun” 住院医师规范化培训 (Formazione standard dei medici residenti), *Baidu baike* (online), URL: <<https://baike.baidu.com/item/住院医师规范化培训>> (consultato il 02.09.2020).

⁹⁰ “Laowu paiqian renyuan” 劳务派遣人员 (Personale del collocamento dei lavoratori), *Baidu baike* (online), URL: <<https://baike.baidu.com/item/劳务派遣人员>> (consultato il 02.09.2020); LIU Genghua, “Private employment agencies and labour dispatch in China”, *International Labour Organization*, n. 293, 2014, p. 9; “Laowu paiqian” 劳务派遣 (Collocamento del lavoro), *Baidu baike* (online), URL: <<https://baike.baidu.com/item/劳务派遣>> (consultato il 02.09.2020).

⁹¹ SCILLIGO Pio, “PSICOMETRIA”, *Enciclopedia online “Treccani”*, URL: <https://www.treccani.it/enciclopedia/psicomетria_%28Enciclopedia-Italiana%29/> (consultato il 02.09.2020).

cosiddetti “agenti stressanti”, i fattori che fomentavano lo stress causato dal COVID-19. Fra le seconde troviamo la *Guangfan xing jiaolu zhang'ai liangbiao* 广泛性焦虑障碍量表 (GAD-7) tradotto come “Scala del Disturbo d’Ansia Generalizzata (GAD-7)” e la 10 *Tiaomu jianyi xinli tanxing liangbiao* 10 条目简易心理弹性量表 (CD-RISC-10), ovvero la “Scala di resilienza psicologica breve a 10 voci (CD-RISC-10)”, utilizzata per valutare la resilienza, in particolare la capacità di far fronte alle avversità. Per entrambe le scale è importante sottolineare che sono seguite dagli acronimi inglesi, già presenti nel prototesto e mantenuti nel metatesto, i quali sono rispettivamente GAD, che si riferisce alla patologia *Generalized Anxiety Disorder*⁹² e CD-RISC, che sta per *Connor-Davidson Resilience Scale*⁹³, la quale riporta il nome degli studiosi che la idearono. Entrambi gli acronimi inoltre, sono seguiti rispettivamente dai numeri 7 e 10 che stanno a segnalare i cosiddetti *items*, «parole o brevi frasi che durante il processo di misurazione psicologica sono accettate o non accettate, considerate vere o false»⁹⁴ e che nel metatesto si è preferito tradurre come “voci” per non lasciare la dicitura inglese. Infine, per la “Scala di resilienza psicologica breve”, l’ultimo termine corrisponde alla traduzione del corrispettivo cinese *jianyi* 简易, il quale letteralmente può voler dire anche “semplice”. Ciononostante, si è preferito tradurre “breve” poiché anche in lingua inglese si utilizza il termine *brief*, per riferirsi alla *Brief Resilience Scale*, sviluppata esclusivamente per valutare il concetto di resilienza sotto la sua etimologia originale o misura di capacità⁹⁵. La stessa operazione è stata fatta per i tipi di scale presenti nel secondo articolo, ad eccezione di *Jianyi yingdui fangshi liangbiao* 简易应对方式量表, tradotto come “Questionario semplificato sulla strategia di adattamento (*coping*) – SCSQ”. In questo caso il termine *liangbiao* 量表 non è stato tradotto con il suo corrispettivo “scala”, bensì con “questionario”, termine che normalmente in cinese si indica con *wenjuan* 问卷. Questo perché, dopo aver fatto un confronto con testi paralleli in lingua cinese, si è giunti alla conclusione che possono esistere entrambi i metodi di misurazione, sia la scala che il questionario; ciononostante, il primo termine viene occasionalmente alternato al secondo e soprattutto, anche nel caso in cui si trovasse *liangbiao* 量表, è sempre seguito dall’acronimo SCSQ che rimanda all’inglese *Simplified Coping Style Questionnaire*. Le scale e i questionari presentano chiaramente delle differenze: in un questionario le risposte possono essere

⁹² JORDAN Pascal, SHEDDEN-MORA Meike, LÖWE Bernd, “Psychometric analysis of the Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7) in primary care using modern item response theory”, *Plos One*, vol. 12, n. 8, 2017.

⁹³ RIOPEL Leslie, “The Connor Davidson + Brief Resilience Scales, Resilience & Coping” (online), *Positive Psychology.com*, 2020, URL: <https://positivepsychology.com/connor-davidson-brief-resilience-scale/>, (consultato il 13.08.2020).

⁹⁴ ALIOTTA Antonio, cit. in. SANDRONE Paola, “Capire la psicometria”, Padova, Libreriauniversitaria.it, 2015, p. 11.

⁹⁵ RIOPEL Leslie, “The Connor Davidson + Brief Resilience Scales, Resilience & Coping” (articolo online), *Positive Psychology.com*, 2020, URL: <https://positivepsychology.com/connor-davidson-brief-resilience-scale/> (consultato il 13.08.2020).

anche a bassa articolazione (si/no), mentre in una scala le risposte prevedono una maggiore graduazione nella scelta, come ad esempio nelle scale del dolore, in cui per dare la definizione dello stesso si hanno scelte quali: molto forte, forte, moderatamente forte, o assente. Ciononostante possono presentare entrambi degli *items*, delle voci, e valori numerici, punteggi ecc.

Pertanto, tradurre “scala” nel metatesto e poi riportare SCSQ sarebbe stato elemento di disturbo per il lettore. Infine, la scelta traduttiva purtroppo non è stata aiutata da un esempio grafico del suddetto strumento di misurazione. È stata adottata un’altra strategia traduttiva anche per quanto riguarda la traduzione del termine “strategia di adattamento (*coping*)”, in cinese corrispondente a *yingdui fangshi* 应对方式. Innanzitutto è bene specificare che in psicologia il termine *coping* indica l’insieme dei meccanismi psicologici adattativi messi in atto da un individuo per fronteggiare problemi emotivi ed interpersonali, allo scopo di gestire, ridurre o tollerare lo stress ed il conflitto. Come spiega anche lo psicologo Snyder:

Coping is a response aimed at diminishing the physical, emotional and psychological burden that is linked to stressful life events and daily hassles. Therefore, by this definition, coping strategies are those responses that are effective in reducing an undesirable “load” (i.e. psychological burden). The effectiveness of the coping strategy rests on its ability to reduce immediate distress, as well as to contribute to more long-term outcomes such as psychological well-being or disease status.⁹⁶

Nei testi paralleli consultati in italiano, questo atteggiamento viene indicato direttamente e solo con il termine inglese, di cui la psicologia italiana fa un ampio uso nel lessico, oppure, considerato che possono esistere diverse modalità per attuare il *coping*, viene preceduto dai termini “strategie” o “stili”. La lingua cinese traduce con *coping* il termine *yingdui* 应对 (lett. “soluzione, risposta”) accompagnato da *fangshi* 方式, quindi “modo”. Onde evitare il più possibile di lasciare terminologia in lingua straniera nel metatesto, si è deciso di tradurre con “strategia di adattamento”, riassumendo con quest’ultimo l’obiettivo del comportamento psicologico, accompagnato dal termine inglese fra parentesi, per fornire un collegamento diretto al lettore specialista e allo stesso tempo dare una visione leggermente più chiara ad un eventuale lettore comune, che però sarà già in possesso di buone basi terminologiche per poter fare eventuali approfondimenti sull’argomento.

⁹⁶ SNYDER Richard, Charles, “Coping: The psychology of what works”, New York, Oxford : Oxford University Press, 1999, p. 5

3.6 Fattori morfosintattici

Come affermato in precedenza, per il presente lavoro di tesi sono stati analizzati testi specialistici mediamente vincolanti di ambito medico, la cui dominante è individuabile nell'efficacia e nella chiarezza delle informazioni. Per quanto riguarda i fattori morfosintattici, è possibile affermare che la lingua italiana si distingue per le caratteristiche di complessità e prolissità, diversamente dalla lingua inglese ad esempio, che tende ad essere più compatta e sintetica. Ciononostante, nel momento in cui si traduce in una lingua speciale, si tende a semplificare la morfologia e la sintassi in modo che la lettura del testo non provochi dubbi o perplessità al lettore, il quale si suppone posseda le dovute conoscenze in materia. Il suddetto ragionamento è stato messo in pratica nel metatesto, spezzando i periodi eccessivamente lunghi, semplificando le espressioni, eliminando le ripetizioni o riordinando gli elementi di una frase, se necessario, e altri interventi che verranno analizzati di seguito.

3.6.1 Paratassi e ipotassi

La lingua cinese predilige lo stile paratattico, reso dall'accostamento di proposizioni poste tutte sullo stesso piano e legate per asindeto, soprattutto tramite le virgole. A tal proposito, si ritiene necessario menzionare le caratteristiche di questi segni di interpunzione nella lingua cinese: la virgola indica sia una pausa breve e debole, come in italiano, sia una pausa lunga e forte, come il punto e il punto e virgola; la virgola di pausa a goccia si distingue dalla virgola semplice perché scandisce un elenco di cose o, come in questo caso, di informazioni.

Nel metatesto si è cercato di rispettare generalmente la punteggiatura del prototesto. Tuttavia, in alcuni casi è stato necessario spezzare i periodi lunghi e complessi uniti da una serie di virgole, prediligendo lo stile ipotattico, più adeguato ai testi scientifici. Di seguito viene riportato un esempio del primo articolo:

2019年12月新型冠状病毒肺炎 [简称新冠肺炎, WHO于2020年2月11日正式命名为2019冠状病毒病 (Coronavirus disease 2019, COVID-19)] 在武汉陆续出现并逐渐蔓延, 至2020年1月30日全国已有近1万例确诊病例, 超过2003年严重急性呼吸系统综合征(severe acute respiratory syndrome, SARS) 的感染数, 且病例数不断攀升。

Nel dicembre 2019 la nuova polmonite da Coronavirus (indicata come nuova polmonite coronarica, ufficialmente nominata dall'OMS l'11 febbraio 2020 come malattia da Coronavirus del 2019) è apparsa a

Wuhan e si è diffusa gradualmente. Al 30 gennaio 2020 vi erano quasi 10.000 casi confermati a livello nazionale.

È stato superato il numero di infezioni da sindrome respiratoria acuta grave del 2003 (SARS) e il numero di casi ha continuato ad aumentare.

In questo primo esempio si può notare come il periodo cinese prosegua fino al punto senza pause prolungate, mentre nel metatesto italiano si è preferito interrompere con un punto già dopo l'enunciazione di un primo concetto, dove il cinese invece ha usato solo una virgola.

由8个条目组成, 因子分析显示为两维度, 压力源1 即对COVID-19 的了解, 包括: 媒体信息太多难以辨识、需要防控的系统培训、对自身感染的担忧、对疾病预后有担忧;

La scala è composta da 8 voci e l'analisi fattoriale mostra due maggiori fonti di stress. La prima fonte (primo agente stressante) è la percezione del COVID-19 e comprende: troppe informazioni mediatiche da assimilare, necessità di formazione per prevenzione e controllo della malattia, timore di infettarsi e preoccupazione riguardo la prognosi della malattia.

Anche qui è stata fatta la stessa scelta, subito prima dell'elenco delle varie fonti di stress; prima dell'elenco, inoltre, la virgola del proto testo cinese è stata sostituita nel metatesto italiano dalla congiunzione “e”. Infine, il periodo cinese termina con un punto e virgola, poiché in lingua cinese indica una pausa molto forte, paragonabile a quella del punto in lingua italiana, che infatti è stato messo alla fine del periodo del metatesto. È possibile estrapolare esempi simili anche dal secondo articolo:

开放性题目“您目前最担心的是什么?” 不同人群回答的前5位结果: 1)本院员工(n=263)中, 分别是疫情的控制(44.86%, n=118), 自身及家人的健康(15.21%, n=40), 自身及家人的安全(14.07%, n=37), 不能照常上班(6.46%, n=17), 经济压力(3.80%, n=10);

Dalla prima domanda: “Cosa la preoccupa di più al momento?” alla quale hanno risposto diversi gruppi del personale ospedaliero, sono state ottenute le 5 risposte più ricorrenti per ciascun gruppo. Tra il personale ospedaliero (n=263) le preoccupazioni maggiori erano: il controllo dell'epidemia (44,86%, n=118), la salute propria e dei familiari (15,21%, n=40), la sicurezza per se stessi e per i familiari (14,07%, n=37), l'incapacità di andare a lavorare normalmente (6,46%, n=17) e la pressione economica (3,80%, n=10).

Qui la punteggiatura del prototesto differisce da quella del metatesto, soprattutto per via del fatto che nella traduzione di quest'ultimo si è dovuto stravolgere leggermente la struttura della frase per

rendere nel modo più corretto possibile. Innanzitutto, possiamo notare l'aggiunta dei due punti nel metatesto italiano per l'enunciazione della domanda, poi seguono due virgole che racchiudono una proposizione volta a specificare i contenuti della frase, il tutto assente nel prototesto cinese. Dopodiché, nel metatesto italiano i due punti sono stati spostati dopo il soggetto che ha fornito la suddetta serie di risposte elencate, al contrario del prototesto cinese. Infine, anche qui è stata operata la stessa scelta appena illustrata per quanto riguarda il punto e virgola finale, che in italiano è stato sostituito dal punto.

In ultima analisi, è interessante notare come nel prototesto del primo articolo i titoli dei sottoparagrafi sono indicati in grassetto, ma senza punteggiatura per separare il titolo dal contenuto. In cinese, a prescindere dalla presenza della punteggiatura, la frase mantiene comunque senso e scorrevolezza nella lettura. Nel metatesto italiano si è preferito definire con un punto la separazione tra titolo del paragrafo e inizio del contenuto:

人口学资料问卷 包括性别、年龄、文化程度 [...].

Questionario sui dati demografici. Include genere, età, livello di istruzione [...].

3.6.2 Verbi

Considerata la natura scientifica dei testi, di base è stato utilizzato il presente indicativo, ad eccezione delle descrizioni delle procedure scientifiche, degli strumenti adottati e dei risultati ottenuti, per i quali è stato utilizzato il passato prossimo indicativo, alternato all'imperfetto. Questo perché entrambi gli articoli fanno riferimento ad un momento antecedente, ovvero lo scoppio dell'epidemia e lo svolgimento dell'indagine scientifica. Il passato prossimo è stato utilizzato naturalmente anche nei rari casi in cui i verbi fossero accompagnati dalla particella *le* 了, di cui si riporta un esempio dal primo testo:

结构式问卷调查获取了多方面情况, 其中媒体暴露与心理健康的关系研究已发表。

L'indagine ha ottenuto diversi risultati, tra i quali è stata pubblicata una ricerca sul rapporto tra esposizione mediatica e salute mentale.

Per la parte prescrittiva degli articoli è stato utilizzato l'imperativo, che come si è illustrato in precedenza ha funzione di raccomandazione, più che di comando, così come vuole una traduzione

medica. In conclusione, è stata generalmente adottata la forma impersonale dei verbi che rispecchia le caratteristiche di un testo oggettivo come quello scientifico.

3.6.3 Strutture ricorrenti

Nel prototesto sono state individuate alcune strutture che tendono ad essere utilizzate spesso e per le quali è stato necessario trovare delle soluzioni adeguate alle convenzioni linguistiche della lingua italiana .

– *Wei* 为

La prima tra queste strutture riguarda l'uso del verbo essere nella forma di *wei* 为 al posto di *shi* 是, che conferisce alla frase un registro più alto e formale. Questa scelta si adatta alle norme linguistiche dei testi specialistici ad argomento medico-scientifico che richiedono l'uso di un registro medio-alto. A tal proposito, si riporta un esempio tratto dal primo articolo:

中重度焦虑现患率为22.6 %。

Il tasso di incidenza dell'ansia da moderata a grave corrispondeva al 22,6%.

– *Yi... wei* 以.....为

Un'ulteriore struttura molto ricorrente consiste in *yi... wei* 以.....为, il cui significato è “usare/prendere...come...”. È una struttura molto versatile in cinese, non per forza legata esclusivamente ad un registro alto. Nel metatesto l'espressione è stata resa sempre con lo stesso significato. Si propone un esempio dal primo articolo:

以纳入排除标准为质量控制标准, 排除不符合的问卷且要求答卷无逻辑错误, 得到有效问卷。

Prendendo i criteri di inclusione e di esclusione come criteri di controllo di qualità ed escludendo i questionari non conformi e senza errori logici nel foglio delle risposte, si otteneva un questionario valido.

– *Yong... de (fang)fa* 用.....的(方)法

Per concludere, un'altra struttura, principalmente individuata nel primo testo, è *yong... de (fang)fa* 用.....的(方)法, il cui significato letterale è “utilizza il metodo...”. Per riportare un esempio:

共 7 个条目, 用4 级评分的方法, 条目合计总分范围0~21 分。

si utilizza un metodo di punteggio diviso in 4 fasce.

3.7 Tabelle

Per concludere l'analisi traduttologica, come già precedentemente accennato, i testi in esame sono da considerarsi mediamente vincolanti, sebbene includano alcuni elementi tipici dei testi scientifici vincolanti, ovvero le tabelle di supporto alla descrizione dei dati. Sia nel primo che nel secondo articolo sono state individuate tre tabelle. Nel primo articolo le tabelle rappresentavano in ordine: le informazioni base degli individui e il tasso di incidenza dell'ansia secondo varie caratteristiche demografiche, l'analisi di correlazione tra ansia, resilienza e agenti stressanti e l'analisi di regressione logistica multivariata dei fattori che influenzano l'ansia moderata e grave. Le tabelle del primo articolo erano in lingua inglese, pertanto la traduzione è risultata molto più semplice e non vi è stato bisogno dell'ausilio di testi paralleli. I dati numerici sono stati riportati così come riportati nel prototesto, come anche le unità di misura scientifiche. Di seguito viene riportata una tabella appartenente al primo articolo:

Analisi di correlazione tra ansia, resilienza e agenti stressanti

Indice	Media	SD	GAD-7	CD-RISC	Agente stressante 1
GAD-7	6,29	5,48	1		
CD-RISC	29,13	7,13	-0,213 ⁽¹⁾	1	
	13,84	3,10	0,423 ⁽¹⁾	-0,022	1

Agente stressante 1					
Agente stressante 2	15,32	2,56	0,148	(¹ 0,368	(¹ 0,354

(¹) $P < 0,01$.

Per quanto concerne il secondo articolo, le tabelle erano in cinese e in ordine rappresentavano: i punteggi della Scala di depressione-ansia-stress dei gruppi del personale ospedaliero, la correlazione tra depressione, ansia e stress con il sostegno sociale e le strategie di adattamento e infine l'analisi di regressione logistica dei fattori influenti su depressione, ansia e stress del personale ospedaliero. Anche qui i dati numerici sono stati riportati così come dal proto testo, mentre per la traduzione delle didascalie si è fatto riferimento ai contenuti del testo già tradotti, i quali chiaramente erano già stati oggetto di una ricerca approfondita ai fini della correttezza della traduzione. Si riporta di seguito un esempio:

Correlazione tra depressione, ansia e stress con sostegno sociale e strategie di adattamento

Oggetto	Sostegno oggettivo	Sostegno soggettivo	Utilizzo del sostegno	Coping positivo	Coping negativo
Stress	-0,167**	-0,229**	-0,233**	-0,294**	0,109**
Ansia	-0,194**	-0,223**	-0,227**	-0,299**	0,104**
Depressione	-0,247**	-0,275**	-0,281**	-0,378**	0,068**

** $P < 0,05$

3.8 Riferimenti bibliografici

I riferimenti bibliografici presenti in ciascun articolo sono stati trasposti secondo gli standard in uso. Nel caso specifico degli articoli in rivista, sono stati indicati il nome dell'autore in *pinyin*, il titolo del testo in *pinyin* virgolettato e con una traduzione in italiano tra parentesi, il nome della rivista in corsivo e reso con il traducente ufficiale (se esistente), il volume, il numero della rivista, l'anno e le pagine. Per esempio:

王一牛, 罗跃嘉. 突发公共卫生事件下心境障碍的特点与应对 [J]. 心理科学进展, 2003, 11 (4) : 387-392.

WANG Yiniu 王一牛, LUO Yuejia 罗跃嘉, "Tufa gonggong weisheng shijian xia xinjing zhang'ai de tedian yu yingdui" 突发公共卫生事件下心境障碍的特点与应对 (Caratteristiche e risposta dei disturbi dell'umore in situazioni di emergenza sanitaria), *Xinli kexue jinzhan*, 2003, vol. 11, pp. 387-392.

In merito alle monografie, sono stati indicati il nome dell'autore in *pinyin*, il titolo dell'opera in *pinyin* e in corsivo, con una traduzione tra parentesi, il luogo di edizione, la casa editrice in *pinyin*, l'anno e le pagine.

汪向东, 王希林, 马弘, 等. 心理卫生评定量表手册(增订版)[M]. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999: 122-130.

WANG Xiangdong 汪向东, WANG Xilin 王希林, MA Hong 马弘 et al, *Xinli weisheng pingding liang biao shouce (zengding ban)* 心理卫生评定量表手册(增订版) [Manuale della scala di valutazione della salute mentale (versione aggiornata)], Pechino, Zhongguo xinli weisheng zazhi she, 1999, pp. 122-130.

Conclusioni

A conclusione dell'elaborato, è doveroso illustrare alcune considerazioni emerse.

L'attuale pandemia di COVID-19 è un evento storico devastante che coinvolge l'intera umanità su tutti i fronti. Oltre al contenimento dei contagi e preservare il benessere fisico, è importante curarsi anche del benessere mentale, l'essenza che ci tiene in piedi come unica struttura. Individuare preventivamente le potenziali patologie psicologiche che potrebbero manifestarsi in questo periodo così delicato è fondamentale, soprattutto per evitare che si aggravino e portino al collasso della salute mentale.

L'obiettivo del lavoro era quello di proporre la traduzione dal cinese verso l'italiano di due articoli medici, adattandone i contenuti agli standard della lingua italiana, insieme a un glossario che includesse i termini medici inerenti all'argomento trattato.

Per il raggiungimento di un risultato soddisfacente, sono stati consultati testi paralleli, manuali di psicologia, siti specialistici e articoli relativi alle varie problematiche legate alla salute mentale e al suo mantenimento. Inoltre, è stato indispensabile consultare manuali di traduzione, sia per quanto riguarda le teorie generali che quelle propriamente specialistiche (soprattutto di ambito medico-scientifico), individuando le norme fondamentali per redigere un articolo medico.

Le principali problematiche traduttive sono state riscontrate nella resa del lessico, con particolare riferimento alla denominazione degli strumenti di misurazione psicometrica e dei ruoli all'interno della gerarchia ospedaliera cinese, per le quali non sempre sono state trovate delle traduzioni ufficiali corrispondenti in lingua italiana. In generale, per la ricerca della terminologia più adeguata è stato indispensabile svolgere ricerche incrociate, confrontando diversi manuali, articoli e siti specializzati. Date queste considerazioni, la proposta delle traduzioni e di un glossario con i termini medici vuole essere un modo per contribuire in parte all'ampliamento delle fonti attualmente esistenti in merito agli studi in ambito psicologico e psichiatrico. Potrebbe essere interessante ritrovare i suddetti articoli tradotti in una rivista scientifica, o in un manuale di biologia, oppure psicologia e psichiatria. Potrebbe essere una fonte stimolante non solo per allargare il campo culturale e professionale di specialisti in ambito medico e psicologico, ma perfino di uno specialista nel campo della statistica, interessato a nuovi ed ulteriori strumenti per lo studio e la misurazione psicometrica. Si verrebbe infatti a conoscenza di studi e diagnosi legate a pazienti appartenenti ad un contesto geografico e culturale diverso dal proprio, si potrebbero pertanto creare paragoni e riscontrare similitudini o diversità. Inoltre, il presente lavoro di tesi permette al lettore italiano di avvicinarsi a fonti in lingua cinese, alle quali non potrebbe accedere altrimenti, costituendo una

risorsa soprattutto per il lettore qualificato nell'ambito medico-scientifico, con un forte interesse nei riguardi degli studi in atto relativi una situazione critica, che attualmente coinvolge ogni nazione.

Ringraziamenti

Vorrei ringraziare il professor Magagnin, relatore del presente lavoro di tesi, per l'aiuto fornitomi e la disponibilità e precisione dimostratemi durante tutto il periodo di stesura. Lo ringrazio anche per gli insegnamenti e la passione che mi ha trasmesso durante questi due anni accademici, oltre ad aver incrementato il mio entusiasmo per l'interpretariato e la traduzione.

Un grande ringraziamento a mia madre e mio padre, che con il loro affetto e il loro instancabile sostegno, sia morale che economico, mi hanno permesso di arrivare dove sono oggi, contribuendo alla mia formazione culturale e personale. Ringrazio anche le mie due sorelle maggiori, Ilaria e Caterina, che mi spronano quotidianamente a puntare al meglio, a essere sempre pronta a cogliere nuove e importanti occasioni e che cerco di emulare ogni giorno.

Ringrazio infine le mie due colleghe di corso, Anna e Sara, che mi hanno accompagnato e hanno vissuto con me in prima persona questi due anni accademici. Grazie per aver condiviso le risate, i momenti di studio e perfino i momenti di ansia, superati poi insieme. Ho trovato una grande amicizia in voi e vi auguro che possa sempre andarvi tutto per il meglio.

Flavia Gizzi

Treviso, 30 ottobre 2020

Glossario dei termini medici

MEDICINA		
Termini generali		
Pinyin	Cinese	Italiano
<i>Āibólā bìngdú</i>	埃博拉病毒	Virus Ebola
<i>Bàofā</i>	暴发	Scoppio; diffusione
<i>Bìngyuán shēngwù</i>	病原生物	Organismo patogeno
<i>Chuánbò</i>	传播	Trasmettere
<i>Chuánrǎn xìng</i>	传染性	Contagiosità
<i>Chuánrǎn xìng jíbìng</i>	传染性疾病	Malattie infettive
<i>Fèiyán</i>	肺炎	Polmonite
<i>Fēnlí</i>	分离	Isolamento (di batteri, funghi ecc.)
<i>Fùyuán lì</i>	复原力	Resilienza
<i>Gélí</i>	隔离	Isolamento (delle persone)
<i>Guǎngfàn xìng jiāolù zhàng'ài</i>	广泛性焦虑障碍	Disturbo d'ansia generalizzato (GAD)
<i>Guānzhuàng bìngdú</i>	冠状病毒	Coronavirus
<i>Hésuān</i>	核酸	Acido nucleico
<i>Huíguī fēnxī</i>	回归分析	Analisi regressiva
<i>Hūxī zònghé zhēng</i>	呼吸综合征	Sindrome respiratoria
<i>Jiàndìng</i>	鉴定	Identificazione (di batteri funghi ecc)
<i>Jiāolù</i>	焦虑	Ansia
<i>Jiǎxíng H1N1 liúgǎn</i>	甲型 H1N1 流感	Influenza A sottotipo H1N1
<i>Jíbìngyùhòu</i>	疾病预后	Prognosi della malattia
<i>Jīròu jiāngyìng</i>	肌肉僵硬	Rigidità muscolare
<i>Jītǐ dīkàng lì</i>	机体抵抗力	Resistenza corporea
<i>Línchuáng biāoběn</i>	临床标本	Campione clinico
<i>Péiyǎng</i>	培养	Coltura (di batteri funghi ecc)
<i>Qiánfúqī</i>	潜伏期	Incubazione; periodo di latenza (del virus)
<i>Qiǎngpò xīnlǐ</i>	强迫心理	Psicologia compulsiva
<i>Qīngdùjiāolù</i>	轻度焦虑	Ansia lieve
<i>Quèzhěnbìnglì</i>	确诊病例	Caso confermato
<i>Qúntǐ xìng xīn yīn xìng fǎnyìng</i>	群体性心因性反应	Reazione psicogena di gruppo

<i>Qū tǐ zhèng zhuàng</i>	躯体症状	Sintomo fisico
<i>Rèn zhī xíng wéi zhì liáo</i>	认知行为治疗	Terapia cognitivo comportamentale (CBT)
<i>“Sāi kǎ” bìng dú</i>	“塞卡”病毒	Virus Zika
<i>Shāi chá</i>	筛查	Screening
<i>Tǒng jì fēn xī</i>	统计分析	Analisi statistica
<i>Tū fā gōng gòng wèi shēng shì jiàn</i>	突发公共卫生事件	Emergenza sanitaria pubblica
<i>Wéi xiǎn yīn sù</i>	危险因素	Fattore di rischio
<i>Xì jùn</i>	细菌	Batteri
<i>Xīn lǐ jiàn kāng</i>	心理健康	Salute mentale
<i>Xīn lǐ shè huì yīn sù</i>	心理社会因素	Fattore psicosociale
<i>Xīn lǐ tán xìng</i>	心理弹性	Resilienza psicologica
<i>Xīn lǐ yìng jī fǎn yìng</i>	心理应激反应	Reazione di stress psicologico
<i>Xīn lǐ zhàng ài</i>	心理障碍	Disturbo mentale
<i>Yán zhòng jí xìng hū xī xì tǒng zòn g hé zhēng</i>	严重急性呼吸系统综合征	Grave sindrome respiratoria acuta (SARS)
<i>Yí bìng</i>	疑病	Ipocondria
<i>Yí chuán yīn sù</i>	遗传因素	Fattore genetic
<i>Yì qíng</i>	疫情	Epidemia
<i>Yí sì bìng lì</i>	疑似病例	Caso sospetto
<i>Yī yù</i>	抑郁	Depressione
<i>Yā lì yuán</i>	压力源	Agente stressante
<i>Yīng duì</i>	应对	<i>Coping</i>
<i>Yī yuán xìng gǎn rǎn</i>	医源性感染	Infezione iatrogena
<i>Yù fáng yī xué</i>	预防医学	Medicina preventiva
<i>Zhēn jùn</i>	真菌	Fungo
<i>Zhōng dù jiāo lù</i>	中度焦虑	Ansia moderata
<i>Zhòng dù jiāo lù</i>	重度焦虑	Ansia grave
<i>Zì shēng gǎn rǎn</i>	自身感染	Auto infezione
Strumenti di misurazione psicometrica		
<i>Dān yīn sù fāng chā fēn xī</i>	单因素方差分析	l'Analisi della varianza univariata (ANOVA)
<i>Dān yīn sù fēn xī</i>	单因素分析	Analisi a fattore singolo
<i>Duō yīn sù èr yuán logistic huí guī fēn xī</i>	多因素二元 logistic 回归分析	Analisi di regressione logistica binaria multivariata
<i>Èr yuán Logistic huí guī fēn xī 二元</i>	回归分析	Analisi di Regressione

<i>Logistic</i>		logistica binaria
<i>Fāngbiàn chōuyàng fǎ</i>	方便抽样法	Metodo di campionamento per convenienza
<i>Fēn wèi shù</i>	分位数	Quantile
<i>Héngduànmiàn tiáochá</i>	横断面调查	Indagine trasversale
<i>Jiǎnyì yìngduì fāngshì liàng biǎo</i>	简易应对方式量表	Questionario semplificato sulla strategia di adattamento (<i>Coping</i>)
<i>Kǎfāng/ chí² jiǎnyàn</i>	卡方/ χ^2 检验	Test del chi quadrato
<i>Kè lóng bāhè (Cronbach) α xìshù</i>	克龙巴赫 (Cronbach) α 系数	Coefficiente α di Cronbach
<i>Liàng biǎo</i>	量表	Scala (di misura)
<i>Lìkè tè (Likert) liàng biǎo</i>	利克特(Likert) 量表	Scala Likert
<i>Logistic huíguī fēnxī Logistic</i>	回归分析	Analisi di regressione logistica
<i>Miáoshù xìng fēnxī</i>	描述性分析	Analisi descrittiva
<i>Shèhuì zhīchí píngdìng liàng biǎo</i>	社会支持评定量表	Scala di valutazione del Sostegno sociale
<i>10 (Shí) Tiáomù jiǎnyì xīnlǐ tánxìng liàngbiǎo10</i>	条目简易心理弹性量表 (CD-RISC-10)	Scala di resilienza psicologica breve a 10 elementi
<i>Xiāngguān xìng fēnxī</i>	相关性分析	Analisi di correlazione
<i>Xiàng hòu zhú bù fǎ</i>	向后逐步法	Metodo di regressione graduale all'indietro
<i>Yīnbiànliàng</i>	因变量	Variabile dipendente
<i>Yīnzifēnxī</i>	因子分析	Analisi fattoriale
<i>Yīyù-jīāolù-yālì liàng biǎo</i>	抑郁-焦虑-压力量表	Scala di depressione-ansia-stress
<i>Zhì hé jiǎnyàn</i>	秩和检验	Test della somma dei ranghi
<i>Zhú bù Logistic huíguī fēnxī</i>	逐步 Logistic 回归分析	Analisi di Regressione logistica graduale
<i>Zì biànliàng</i>	自变量	Variabile indipendente
<i>Zì nǐ COVID-19 yìqíngyālìyuánliàngbiǎo</i>	自拟 COVID-19 疫情压力源量表	Scala delle fonti di stress /degli agenti stressanti epidemico/i COVID-19
Personale ospedaliero		
<i>Bǎojié yuán</i>	保洁员	Personale delle pulizie
<i>Bóshì yánjiūshēng</i>	博士研究生	Dottorando

<i>Diàngōng děng gōngrén</i>	电工等工人	Elettricista e altri lavoratori
<i>Dì sānfāng gōngsī rényuán</i>	第三方公司 人员	Personale dipendente di società terze (personale ospedaliero di “altro tipo”)
<i>Guǎnlǐ hòuqín</i>	管理后勤	Gestore della logistica
<i>Guī péi yīshēng</i>	规培医生	Medico residenti
<i>Hùshì</i>	护士	Infermiere
<i>Jiǎnyàn kē jìshù rényuán</i>	检验科技术人员	Tecnico di laboratorio
<i>Jīshī</i>	技师	Tecnico
<i>Jīnxiū hùshì</i>	进修护士	Infermiere tirocinante
<i>Jīnxiū jìshùyuán</i>	进修技术员	Tecnico apprendista
<i>Jīnxiū yīshēng</i>	进修医生	Medico specializzando
<i>Jīnxiū yīwù rényuán</i>	进修医务人员	Specializzando/tirocinante (sia infermiere che medico, tecnico, ecc.)
<i>Láowù pàiqiǎn rényuán</i>	劳务派遣人员	Personale del collocamento dei lavoratori
<i>Shuòshì yánjiūshēng</i>	硕士研究生	Laureato (laurea di primo livello)
<i>Xībù réncái</i>	西部人才	Medico in aggiornamento professionale
<i>Yīshēng</i>	医生	Medico

Bibliografia

CREPET Paolo, *Vulnerabili*, Milano, Mondadori, 2020

HARBECK Michaela, SEIFERT Lisa, HÄNSCH Stephanie et al., “Yersinia pestis DNA from Skeletal Remains from the 6th Century AD Reveals Insights into Justinianic Plague”, *Plos Pathogens*, vol. 9, n. 5, 2013, pp. e1003349

JORDAN Pascal, SHEDDEN-MORA Meike, LÖWE Bernd, “Psychometric analysis of the Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7) in primary care using modern item response theory”, *Plos One*, vol. 12, n. 8, 2017.

LIU Genghua, “Private employment agencies and labour dispatch in China”, *International Labour Organization*, n. 293, 2014

LIU Yuanyuan 刘园园, LI Jianling 李建玲, *Xibu weisheng rencai peiyang moshi shijian yu pinggu yanjiu* 西部卫生人才培养模式实践与评估研究 (Pratica e valutazione della modalità di formazione del personale sanitario nella Cina occidentale), tesi di laurea magistrale, Zhongnan daxue, 2012

MAGRIS Marella, “La traduzione del linguaggio medico: analisi contrastiva di testi in lingua italiana, inglese e tedesca”, Udine, Campanotto, 1992

DE LA SERNA Juan, Moisés, *Aspetti psicologici nei tempi della pandemia*, Torino, Tektime Edizioni, 2020

OSIMO Bruno, “Manuale del traduttore, guida pratica con glossario”, Milano, Hoepli, 2011

QUAMMEN David, “Spillover. L’evoluzione delle pandemie”, Milano, Adelphi, 2017

SABBATANI Sergio, FIORINO Sirio, “La pandemia influenzale «spagnola»”, *Le Infezioni in Medicina*, n. 4, 2007

SABBATANI Sergio, MANFREDI Roberto, FIORINO Sirio, “La peste di Giustiniano (prima parte)”, *Le Infezioni in Medicina*, n. 2, 2012, pp. 125-139

SANDRONE Paola, “Capire la psicometria”, Padova : Libreriauniversitaria.it, 2015

SCARPA Federica, “La traduzione specializzata: un approccio didattico professionale”, Milano, Hoepli, 2008

SNYDER Richard, Charles, “Coping: The psychology of what works”, New York ; Oxford : Oxford University Press, 1999

Sitografia

“Coronavirus, le misure adottate dal Governo”, Governo Italiano Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2020, URL: <http://www.governo.it/it/coronavirus-misure-del-governo> (consultato il 03.09.2020)

“Cosa sono i Coronavirus”, *EpiCentro*, 2020, URL: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/cosa-sono> (consultato il 03.09.2020)

D'AMATO Alberto, “Epidemie e pestilenze”, *Enciclopedia online Treccani*, URL: https://www.treccani.it/enciclopedia/epidemie-e-pestilenze_%28Enciclopedia-dei-ragazzi%29/ (consultato il 03.09.2020)

“Individuata l'origine dell'HIV”, *Commissione Europea*, 2006, URL: <https://cordis.europa.eu/article/id/25712-source-for-hiv-located/it> (consultato il 02.09.2020)

“Infezione da HIV e AIDS”, *EpiCentro*, 2011, URL: <https://www.epicentro.iss.it/aids/> (consultato il 02.09.2020)

“Laowu paiqian” 劳务派遣 (Collocamento del lavoro), *Baidu baike* (online), URL: <https://baike.baidu.com/item/劳务派遣> (consultato il 02.09.2020)

“Laowu paiqian renyuan” 劳务派遣人员 (Personale del collocamento dei lavoratori), *Baidu baike* (online), URL: <https://baike.baidu.com/item/劳务派遣人员> (consultato il 02.09.2020)

“Le pandemie influenzali del ventesimo secolo”, *EpiCentro*, 2010, URL: <https://www.epicentro.iss.it/passi/storiePandemia> (consultato il 02.09.2020)

“Le pandemie nella storia: dal vaiolo del '500 al Covid-19” (online), *Fondazione Umberto Veronesi*, 2020, URL: <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/lesperto-risponde/le-pandemie-nella-storia-dal-vaiolo-del-500-al-covid-19> (consultato il 02.09.2020)

“Malattie infettive: focolai, epidemie e pandemie” (online), *UFSP (Ufficio Federale della Sanità Pubblica)* Confederazione Svizzera, URL:

<https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien.html>

(consultato il 03.09.2020)

“Morbillo”, *EpiCentro*, 2020, URL: <https://www.epicentro.iss.it/morbillo/documentazione-italia>

(consultato il 02.09.2020)

“Nuovo Coronavirus”, *Ministero della Salute*, 2020, URL:

<http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5338&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto> (consultato il 03.09.2020)

“Pandemia di COVID-19”, *EpiCentro*, 2020, URL: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2>

(consultato il 02.09.2020)

PANÉ Huguet, Guiomar, “Le grandi pandemie della storia” (online), *National Geographic*, 2020,

URL: <https://www.storicang.it/a/le-grandi-pandemie-della-storia-14759/2> (consultato il

02.09.2020)

REN Weimin 任为民 “Bie rang gui pei yisheng hanle xin” 别让规培医生寒了心 (Non bisogna permettere che i medici residenti si arrendano), *Shengming shibao*,

<http://www.lifetimes.cn/editorial/2020-06/16505123.html>, 06/2020 (consultato il 02.09.2020)

RIOPEL Leslie, “The Connor Davidson + Brief Resilience Scales, Resilience & Coping” (online),

Positive Psychology.com, 2020, URL: <https://positivepsychology.com/connor-davidson-brief-resilience-scale/>,

(consultato il 13.08.2020)

ROGERS Kara, “Who Can Declare a Pandemic and What Criteria Are Required for an Outbreak to

Be Called a Pandemic?” (online), *Britannica Beyond*, 2020, URL:

<https://beyond.britannica.com/who-can-declare-a-pandemic-and-what-criteria-is-required-for-it-be-called-a-pandemic>

(consultato il 02.09.2020)

SCILLIGO Pio, “PSICOMETRIA”, *Enciclopedia online “Treccani”*, URL:

https://www.treccani.it/enciclopedia/psicometria_%28Enciclopedia-Italiana%29/ (consultato il

02.09.2020)

SEMPRINI Antonio, “Storia del Vaiolo, dalle origini al vaccino” (online), *Pediatria online*, 2020, URL: http://www.pediatria.it/storiapediatria/p.asp?nfile=storia_del_vaiolo (consultato il 03.09.2020)

“Sintomi e diagnosi”, *EpiCentro*, 2020, URL: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sintomi-diagnosi> (consultato il 03.09.2020)

“Vaiolo”, *EpiCentro*, 2020, URL: <https://www.epicentro.iss.it/vaiolo/> (consultato il 02.09.2020)

“WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard”, *World Health Organization*, 2020, URL: <https://covid19.who.int/> (consultato il 03.09.2020)

Zhuyuan yishi guifanhua peixun” 住院医师规范化培训 (Formazione standard dei medici residenti), Baidu baike (online), URL: <https://baike.baidu.com/item/住院医师规范化培训> (consultato il 02.09.2020)