



Università
Ca'Foscari
Venezia

Corso di Laurea
Magistrale

in Lingue, economie e
istituzioni dell'Asia e
dell'Africa
mediterranea

ordinamento EX DM 270/2004

Tesi di Laurea

**La salute mentale
nella Repubblica
Popolare Cinese:
l'evoluzione nel XXI
secolo e l'impatto del
virus SARS-CoV-2**

Relatore

Ch. Prof. Daniele Brombal

Correlatore

Ch. Prof.ssa Anna Marenzi

Laureanda

Fabiola Ferretti
859670

Anno Accademico

2021 / 2022

Abstract

La crisi pandemica causata dal virus SARS-CoV-2 ha generato ripercussioni su demografia, economia e società, così come sull'equilibrio psicologico individuale e comunitario. Il presente lavoro si propone di ripercorrere alcune tappe storiografiche della sanità mentale e di esplorare l'impatto del COVID-19 sulla qualità della salute psichica nella popolazione cinese.

A tal fine, l'elaborato ripercorre cronologicamente l'ingresso e la tutela della salute mentale nella gestione della sanità in Cina, fino alle tappe più importanti avvenute nel XXI secolo, quali la prima Legge sulla Salute Mentale della RPC del 2013, il *Programma 686* e il Piano Nazionale sulla Salute Mentale 2015-2020.

Dal terzo capitolo il focus devia interamente sugli effetti dell'emergenza pandemica originata dalla diffusione del virus SARS-CoV-2 nel 2020. Tra questi emergono le ricadute sociali ed economiche del contagio ampiamente diffuso e delle misure attuate dal governo, gli squilibri - ancora presenti - nella distribuzione di risorse e i rischi a cui sono esposti gli individui.

Vengono poi presentati i risultati emersi dal lavoro di revisione della letteratura esistente, relativi al deterioramento significativo delle condizioni psico-fisiche della popolazione, evidenziando in particolare alcune categorie soggette a spiccati rischi: gli operatori medici e sanitari, i giovani, le categorie vulnerabili.

Infine, il bilancio conclusivo mostra una situazione estremamente critica, per cui è necessario un intervento multi-settoriale che utilizzi anche prospettive di sviluppo e potenzialità future, come la tecnologia e le sue evoluzioni, mirando alla tutela e al potenziamento della salute mentale dei cittadini cinesi.

Parole chiave: benessere psichico, COVID-19, salute mentale, SARS-CoV-2, strategia zero-Covid.

论文撮要:

新型冠状病毒是大流行危机的起因；这个疫情对人口统计学、国民经济、公民社会、个人与公众的心理平衡态有很多不利影响。

本篇硕士论文原处旨在重温一些精神健康的舞台，也旨在探索怎么2019冠状病毒病影响了中国人民的心理保健的素质。

本篇论文处理在中国卫生的精神健康和保护，经过在二十一世纪最重要的阶段，比如说：中华人民共和国精神卫生法（2013年），686全国精神疾病救助康复工程，全国精神卫生工作规划（2015-2020年）。

第三章节转移视线，论文目标成为由于2020年新型冠状病毒传播的不利影响。参见论及的问题，特别重要的是关于巨大肺炎传播的社会和经济的后果、还不平等存在的资料和投资、政府采取的应急措施。

论文随之介绍对现有参考文献的分析工作，调查结果关于全国人民的健康每况愈下。在调查人群中，有一些高风险的，尤其是医护人员、年轻人、弱势群体。

最后，论文的结局描写一个沉重的情况；主管机关会用大有可为的提议干预。最后的目标和后果会保护与增强中国人的精神健康。

关键词：心理保健，2019冠状病毒病，精神健康，新型冠状病毒，«动态清零»政策。

Indice

1. Introduzione
2. 引言
3. La salute mentale nella Repubblica Popolare Cinese
 - 3.1 Storiografia e legislazione dalle origini al 1999
 - 3.1.1 I primi passi: dall'epoca Tang fino alla nascita della Repubblica Popolare Cinese
 - 3.1.2 Il 1° National Mental Health Meeting del 1958 e gli anni della Rivoluzione Culturale
 - 3.1.3 L'apertura cinese allo scambio internazionale nella seconda metà degli anni '70
 - 3.1.4 Gli anni '80 e l'ingresso degli ospedali nel mercato economico
 - 3.2 Lo *psycho-boom* del XXI secolo
 - 3.2.1 Gli obiettivi e le istruzioni nel Piano Nazionale sulla Salute Mentale (2002-2010)
 - 3.2.2 La *Proposta* del 2004 come politica nazionale *de facto* sulla salute mentale cinese
 - 3.2.3 Il *Programma 686*, l'ascesa degli ospedali *ankang* e la riforma sanitaria su larga scala
 - 3.2.4 L'emanazione della Legge sulla Salute Mentale della RPC e il Piano di Lavoro sulla Salute Mentale Nazionale 2015-2020
4. L'impatto della pandemia sulla salute mentale nazionale
 - 4.1 SARS-CoV-2 in Cina e le ricadute su società e popolazione
 - 4.1.1 Lo scoppio dei casi e la grandezza delle perdite
 - 4.1.2 La politica «zero Covid-19» come risposta alla pandemia
 - 4.1.3 Malcontenti e dubbi sull'efficacia delle misure adottate
 - 4.1.4 Le conseguenze sociali del lockdown e quelle economiche dell'isolamento nazionale
 - 4.2 Studio degli effetti del Covid-19 sulla salute mentale
 - 4.2.1 I rischi per la comunità
 - 4.2.2 Lo stress dello staff medico in prima linea
 - 4.2.3 La depressione dei giovani
 - 4.2.4 La sofferenza delle categorie vulnerabili
5. Considerazioni conclusive e uno sguardo al futuro

6. Appendice 1

7. Appendice 2

8. Bibliografia

1. INTRODUZIONE

Quando ho scelto l'argomento da approfondire per il presente elaborato era maggio 2021, il Covid-19 era ancora tragicamente attuale dopo più di un anno dalla sua comparsa e tutti, dai diversi Paesi, stavamo imparando a costruirci una - più o meno riuscita - convivenza.

Tra tutti i Paesi, però, la Cina sembrava la prima - e in alcuni momenti anche l'unica - ad averlo sconfitto, contenuto, depotenziato e per molto tempo questa è stata la narrazione più gettonata e proposta.

Dagli ultimi mesi del 2022, invece, quando il lavoro di ricerca di questo elaborato è giunto ormai alla fine, la situazione è cambiata drasticamente. Mentre il resto del mondo, grazie a una consistente campagna di vaccinazione, aveva ormai depotenziato l'infettività e la pericolosità del virus, la Cina si è trovata a fronteggiare una delle situazioni più critiche degli ultimi anni, che hanno costretto ad un cambio di rotta nel programma di contrasto alla diffusione del virus (rimozione della politica «zero Covid-19») e hanno dato il via a forti proteste interne al Paese. Inevitabilmente, l'eliminazione del lockdown e dell'isolamento precedentemente imposti hanno portato a una diffusione del virus su ampissima scala, accentuata anche dalla mancanza di protezione individuale dei singoli (dovuta all'assenza di vaccinazione) e dalle ingenti carenze del sistema sanitario nazionale, portato all'estremo dal 'ritorno' improvviso del virus in una Cina che non si è fatta trovare preparata a gestire una tale emergenza.

Molto si è detto e molto si dirà al riguardo, anche in base a ciò che accadrà nel prossimo futuro, nel Paese e al di fuori di esso. Il presente lavoro è stato ideato, costruito e realizzato in misura prevalente prima che il susseguirsi degli eventi riponesse nuovamente la Cina al centro del dibattito internazionale come epicentro del Covid-19, pertanto nella narrazione degli eventi (paragrafo 4.1) e nell'arco temporale coperto dai documenti revisionati (paragrafo 4.2) si potrà notare una disparità tra il 2020 e il 2022.

Oltre a ciò, l'inizio della pandemia ha registrato un boom anche nell'interesse e nell'attenzione del mondo accademico verso la trattazione e la ricerca inerenti al Covid-19 e ai suoi effetti, che è inevitabilmente andato scemando con l'andamento apparentemente stabile con cui si è protratta la pandemia.

Il taglio che si è voluto dare al lavoro è multiplo e segue la divisione in paragrafi e sottoparagrafi. Il primo paragrafo (3.1) ripercorre storicamente le tappe più significative intercorse nella gestione della sanità mentale in Cina, il suo ingresso a pieno titolo nell'agenda del Partito Comunista

Cinese coincidente ca. con la fondazione della Repubblica Popolare Cinese (1 ottobre 1949) e di come sia stata implementata e sviluppata fino all'ingresso nel secolo successivo.

Dell'ingresso nel XXI secolo e delle evoluzioni chiave che fanno parte della storia della psichiatria e della trattazione della salute mentale in Cina si è scritto nel secondo paragrafo (3.2), cercando di dare spazio ai vari componenti (giuridici, amministrativi, culturali, sanitari, economici) e selezionando alcuni dei documenti e delle riforme - a mio avviso - imprescindibili nel trattare la tematica scelta.

La seconda metà dell'elaborato è dedicata interamente al Covid-19. Il terzo paragrafo (4.1) ripercorre in maniera dettagliata e oggettiva la scoperta del virus SARS-CoV-2, la sua ampia diffusione, la gestione da parte delle autorità sanitarie e governative cinesi, le implicazioni che ciò ha avuto, le ricadute sulla collettività e sull'economia, le scoperte epidemiologiche, l'adozione della politica "zero Covid-19" e di come questa sia divenuta nel tempo identificativa della Nazione stessa e del pensiero riferito al Presidente Xi Jinping. Il paragrafo apre anche al cambio di strategia e all'insorgenza della popolazione dovute - non esclusivamente - all'estremizzazione delle misure di isolamento e iniziate nell'autunno 2021.

Il quarto paragrafo (4.2), invece, presenta i risultati della revisione condotta su 84 studi pubblicati dal 2020 che riportano analisi condotte su una o più categorie di popolazione cinese per attestarne le condizioni di salute mentale. Tutti gli studi inclusi nella revisione sono stati condotti in Cina e misurano, tramite l'utilizzo di una o più scale e/o strumenti di diagnostica, il livello di benessere psicologico dei soggetti, l'andamento dello stesso e i cambiamenti avvenuti a causa dell'avvento del Covid-19, l'eventuale occorrenza di sintomatologie psichiatriche e la presenza di requisiti diagnostici riconducibili a uno o più disturbi mentali.

I risultati dell'analisi sono tutti contenuti nella Tabella inserita in Appendice (v. Appendice 1); alcuni di questi, riguardanti selezionate categorie di popolazione, sono esposti in maniera più approfondita all'interno del paragrafo stesso.

Infine, il lavoro si conclude con una breve considerazione sui progressi che la pandemia di Covid-19 ci ha portato - e in qualche misura costretto - a compiere, aprendo ad un futuro ormai prossimo. Un futuro sempre più tecnologico, informatizzato e che auspicabilmente ci permetta di avanzare e procedere nelle grandi sfide che ci verranno poste. Un augurio affinché l'interesse, l'attenzione e l'importanza dell'aspetto mentale e psicologico vengano sempre tenuti in alta considerazione e che non esista una sanità che non comprenda al suo interno finanziamenti, programmi e servizi inerenti la tutela della salute mentale di ciascun individuo.

2. 引言

在二零二一年五月我选择了本硕士论文探讨的题材。那时候，二零一九年冠状病毒病还是一个悲惨的现实；在出现的一年多后，世界上我们人都在尝试过一个跟病毒病的日常生活。

所有国家之中，中国仿佛是第一个击败、削弱也遏制了病毒病的国家，然而从二零二二年最后几个月开始情况大刀阔斧地变动了。由于一个实质性的疫苗接种，中国以外的其他国家都已经削弱了新型冠状病毒的传染性和危险性，不过中国应该面对它近年来最沉重的情况之一。这个情况强迫了改变抗击病毒传播的计划（取消了“动态清零”政策），也提出了在国家内的强烈抗议。解封跟以前起了的严格隔离不免引起了病毒的广大传播，况且由于没有疫苗接种中国人没有个人保护，所以情况恶化了。此外，由于全国卫生系统的严重缺点，中国为处理病毒突然的反复是全无准备的。

关于这个话题已经很多说了也后来再说一下。本论文在中国又成了新型冠状病毒的中心点前创作了，因此论文里叙述文和审订材料的时期大多参考二零二零年的时期。除此之外，大流行的开始也感了对病毒病和它后果的学界兴趣，这个兴趣先上升了，后在病毒病稳定的趋势下下降了。

我想给作品的视角是多元的，也随着段落的分隔。第一段（3.1段）回顾中国精神卫生管理最重要的阶段，也回顾精神卫生管理在共产党议程的入口（跟一九四九年十月一号的中华人民共和国的成立差不多同时发生），还回顾从那时候到本世纪初精神卫生管理怎么样实施了。

这段跟第一个精神医疗设施的成立开始（是于一八九八年成立的，现名叫“广州医科大学附属脑科医院”），然后继续介绍中华人民共和国的成立和那时候的重大变化，到一九九九年的北京政府机关跟世界卫生组织的共同合作。这个合作的目标是建立外交关系，建立精神医疗的制度和计划，保护精神病人的权益，也为来日的精神卫生法铺平道路。

第二段（3.2段）包含二十一世纪中国精神科和精神健康历史的重点，我尝试了发挥一个方方面面的叙述（包含司法、行政、文化、卫生、经济等的方面），而文献和改革都之间选择了一些我认为是为处理这个论题必不可缺的。所以这段的措施是：中国精神卫生工作规划（2002-2010年）的通过，《中央补助地方卫生经费重性精神疾病管理治疗项目》的立项（简写成《六八六》项目），于二零一二年被全国代表大会批准的中华人民共和国精神卫生法，全国精神卫生工作规划（2015-2020年）。

本论文的后半部分完全关乎二零一九年冠状病毒病。第三段（4.1段）具体回顾新型冠状病毒的发现，它的广泛传播，中国卫生和管理主管机关的情况管理，它的影响，对公众和国民经济的效果，

流行病学调查和结果，“动态清零”政策的实行，它怎么样成为了中国和习近平主席的分明识别标记。该段还引入由于从二零二一年秋季开始的严格隔离扩大化了（还有一些的原因）的政策改变和人口的反抗起来。

第四段（4.2段）介绍我审读的材料，审读材料包括自二零二零年发表的八十四项研究。这些研究报告为测量中国人的心理健康状况进行的分析，研究的受试者包含一种或多种类型的人口。入选的类型关乎大白和医务人员，弱不禁风的人口，老年人，少年和青少年（特别是学生），病人，精神病人，也报告人口大家都会冒的风险和危险。

在审读材料的所有研究在中国被进行了。它们用一种或多种测量工具（看“Appendice 2”的参考文献），而评估这些因素：受试者的心理保健水平，心理保健的趋势，由于2019冠状病毒病出现的变化，可能出现精神病的前驱症状，存在属于什么精神病的临床特征。

评估结果都在附录的表格上附载了（看“Appendice 1”的参考文献），其中有一些关于入选类型的（以前已经介绍了什么类型），它们在段落上更深度解释了。

我们能看的情况比较愁城还悲惨。评估结果介绍一个惨重的情况。比较多的研究关乎破坏心理平衡的结果；人们容易地患病了，精神疗法的要求很快上升了，特别多人焦虑也感到苦闷，怒气水平也上升了，没有充足卫生服务和专业人员。

为了找到评估结果，我调研了学术官方网站，得到了一千零五十一个研究。我最常用的关键词是：心理健康，精神疾病，新型冠状病毒，二零一九年冠状病毒病。此外，我用了心理保健、精神病人、精神病医院、大白、护理人员、急救中心、武汉市、非典定点医院、《动态清零》政策、非典疫区、新冠肺炎、心理病态、心理测验学、抑郁症、多动症、焦虑症失眠症、创伤后心理压力紧张综合征（这四个病症有最高发生率）等的关键词。

审读研究的语言是英语还是汉语。准入标准是这些：

- 调查时期从二零一九年到二零二一年应该延续；
- 分析研究的受试者应该是中国人口；
- 分析研究的所在地应该在中华人民共和国境内；
- 分析研究为了评估精神卫生状况应该使用一种或多种入选测量工具（看“Appendice 2”的参考文献）。

最后，本论文结束的感言包括二零一九年新型冠状病毒病创造的进步也包括我们人都怎么样能完成这些进步。在不久的将来我们会预见到一个日益高技术、信息技术、让我们社会继续促进的前途。我们社会会正视繁重的困难，因此永远不会忘记精神、心理卫生的利益、注意力和重要性。我十分希望世界上永远不会一个不着想人民利益的卫生服务，也希望世界上什么国家都有公共卫生，服务和长远规划。然后，我希望为了进行卫生服务有充足经费和资金，而且最希望的事情是什么人都能得到精神、心里治疗。大家都终极的目标会是把精神病人的痛苦成为安心，不会跟他们用歧视性待遇，也改善病人的生活和、疗法和社会一体化。

3. LA SALUTE MENTALE NELLA REPUBBLICA POPOLARE CINESE

3.1 STORIOGRAFIA E LEGISLAZIONE DALLE ORIGINI AL 1999

3.1.1 I primi passi: dall'epoca Tang fino alla nascita della Repubblica Popolare Cinese

Il periodo storico corrispondente al dominio della dinastia Tang (618-907 d.C.) include quella che viene riconosciuta come la prima documentazione ufficializzata della malattia mentale in Cina. Come prevedibile, ciò che conosciamo di questa gestione dei pazienti con malattie mentali è estremamente limitato: a quel tempo il luogo destinato alla cura era il *Bei Tian Fang*, una struttura amministrata tramite beneficenza da monaci, la quale accoglieva non solo malati mentali – la cui malattia veniva associata a devianze e considerata una disgrazia con ricadute sull'intera famiglia – ma anche vedove senz'atetto e orfani.

Da qui il salto temporale da compiere è enorme per arrivare a una svolta epocale. Nonostante nel XIX secolo sia stato messo a punto un sistema di regole atte a disciplinare la gestione della malattia mentale dal punto di vista sociale, occorrerà aspettare il 1898 per l'istituzione del primo ospedale psichiatrico cinese, costruito in stile occidentale e moderno, destinato all'accoglienza dei malati mentali senza fissa dimora. A fondarlo nel 1898 a Canton fu un missionario americano, John Kerr. Ad oggi questo ospedale è conosciuto come il *Guangzhou Brain Hospital*, affiliato alla rispettiva Università (广州医科大学附属脑科医院 *Guangzhou yike daxue fushu nao ke yiyuan*).

In seguito, nella prima metà del XX secolo, la costruzione degli ospedali psichiatrici procedette molto lentamente, in condizioni e con servizi alquanto scarsi, e la quantità di città che coinvolse fu inizialmente ristretta. Gli ospedali psichiatrici successivi al primo di Guangzhou furono costruiti – cronologicamente – a Pechino (1906), Shenyang (1919), Suzhou (1923), Dalian (1932), Shanghai (1935), Siping (1937), Chengdu (1944) e Nanchino (1947).

In quegli anni, infatti, lo studio e l'indagine clinica della malattia mentale vennero assegnati alle università e alle scuole mediche cinesi, segnando con questa tendenza il periodo in cui il Paese era guidato dai nazionalisti della Repubblica di Cina (1912-1949) e, in qualche misura, anche l'influenza occidentale era molto evidente nel modello clinico e nella concezione del sapere scientifico adottati.

Il primo approccio all'istruzione della psichiatria in Cina avvenne nel 1919 tramite Andrew Woods, Professore al dipartimento di neurologia e psichiatria del *Peking Union Medical College* (PUMC) (北

京协和医学院 *Beijing xiehe yixueyuan*). Successivamente, anche il *National Medical College* (attuale 复旦大学上海医学院 *Fudan daxue shanghai yixueyuan*) e il *St. Johns University Medical College* (attuale 圣约翰大学医学院 *Shengyuehan daxue yixueyuan*), entrambi a Shanghai, furono sede di gruppi di ricerca e studi sulla psichiatria.

Sempre negli anni antecedenti la fondazione della Repubblica Popolare Cinese nel 1949, non vi erano né società di psichiatri né riviste specializzate, poche persone si dedicavano allo studio della psichiatria e la stessa offerta di corsi specialistici era estremamente ridotta e irregolare.

Gli istituti universitari di medicina in cui venivano offerti corsi e lezioni di psichiatria si trovavano a Pechino, Shanghai, Nanchino, Changsha, Dalian e Shenyang.

All'inizio degli anni '40, invece, le città in cui vennero stabilite delle primitive organizzazioni di psicologia erano Shanghai, Nanchino e Chongqing. Il loro ruolo era quello di promuovere l'informazione e la conoscenza della salute mentale e di operare – seppur con discontinuità e scarsi risultati – nel campo della psicologia clinica e della psicomatria, ovvero l'insieme dei metodi di indagine psicologica utilizzati.

Vista l'assenza di riviste specializzate in psichiatria, i primi articoli incentrati sullo studio dei problemi mentali furono pubblicati dal *National Medical Journal of China* (中华医学杂志 *Zhonghua yixue zazhi*), mentre l'unico libro su questa tematica – intitolato *Social and psychological studies in neuropsychiatry in China* – fu pubblicato direttamente dal *Peking Union Medical College* nel 1939.

Nel 1949, il numero di posti letto destinati esclusivamente a pazienti psichiatrici era inferiore a 2.000 in tutta la Cina¹ e si potevano contare meno di 50 psichiatri².

Da quell'anno, ovvero dalla fondazione della Repubblica Popolare Cinese e dalla salita al potere da parte di Mao Zedong, vi fu un cambiamento di rotta importante e il progetto di costruzione degli ospedali psichiatrici venne esteso gradualmente a ogni provincia della Cina, con l'obiettivo di mantenere la sicurezza e la stabilità sociali.

Conseguentemente a questo ruolo attivo del governo nello sviluppo della psichiatria cinese, anche i numeri cambiarono nettamente: alla fine del 1959, erano stati aperti 62 ospedali psichiatrici distribuiti in 21 province o regioni autonome e, rispetto agli anni precedenti al 1949, il numero di medici psichiatri era cresciuto di 16 volte mentre quello degli infermieri psichiatrici era aumentato di 20 volte. Inoltre, il numero di posti letto all'interno dei reparti psichiatrici superava di ben 19

¹ *International Journal of Mental Health* (1987), *MENTAL HEALTH PROBLEMS AND CARE IN THE PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA* (Fall 1987), 16:3, 86

² *International Journal of Mental Health* (1987), *MENTAL HEALTH PROBLEMS AND CARE IN THE PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA* (Fall 1987), 16:3, 22

volte il numero dei posti letto disponibili prima della fondazione della RPC.³

Il cambio di rotta del 1949 ha infatti dato il via a una vera e propria rivoluzione scientifica, durata fino al 1979, e frutto anche degli eventi – e interventi – storici più significativi del momento, come la nuova veste della politica estera della Repubblica Popolare Cinese, le modifiche all'ordinamento interno al Paese, o ancora la risoluzione dei conflitti interni (guerra civile contro nazionalisti di Chiang Kai-shek, conclusasi con la vittoria del PCC e la cacciata degli sconfitti nell'isola di Taiwan). Questa 'rivoluzione scientifica', come vedremo in seguito, ha riguardato un cambiamento profondo e sostanziale delle concezioni mediche poste alla base del metro di valutazione e interpretazione delle malattie mentali. Tale svolta non si limita dunque soltanto all'ambito prettamente medico e scientifico, ma coinvolge direttamente anche gli approcci ideologico e culturale celati dietro la concezione della psichiatria e della malattia.

Il ruolo chiave – e di *turning point* – attribuito al 1949 si deve però anche alle trasformazioni apportate al sistema sociale. Da questo momento, il trattamento psichiatrico veniva fornito in tutto il Paese e la formazione agli specialisti, anche con corsi di livello avanzato, veniva effettuata negli istituti medici universitari (all'interno dei dipartimenti di psichiatria) di Pechino, Shanghai, Chengdu, Changsha e in particolare nell'Istituto Neuropsichiatrico di Nanchino (attuale 南京脑科医院 *Nanjing naoke yiyuan*).

Le misure attuate dal governo portarono inoltre a un miglioramento generale delle condizioni di salute della popolazione, che risultavano estremamente scarse. In particolare, fu significativa la chiusura e messa al bando dei bordelli (in cui la sifilide colpiva circa il 70% delle prostitute) e la lotta alla demenza paralitica, un particolare disturbo mentale indotto dalla sifilide che da solo costituiva tra il 10% e il 15% dei pazienti psichiatrici. Ciò, insieme alle cure mediche fornite gratuitamente, permise di ridurre l'incidenza della malattia a meno dell'1% dei malati psichiatrici per la fine degli anni '50.

Coincidente agli stessi anni anche il debellamento della dipendenza dall'oppio - che riguardava diversi milioni di individui all'inizio del XX secolo - grazie all'attuazione di politiche che vietavano il consumo di droghe.

³ *International Journal of Mental Health* (1987), *MENTAL HEALTH PROBLEMS AND CARE IN THE PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA* (Fall 1987), 16:3, p.24

3.1.2 Il 1° National Mental Health Meeting del 1958 e gli anni della Rivoluzione Culturale

Gli anni '50 sono lo *starter point* della creazione di una varietà di modelli dedicati alla gestione – spesso difficoltosa – degli individui malati, con patologie mentali di livello grave. La creazione e diversificazione di questi modelli ha riguardato l'intera Cina; tuttavia sono (solo) tre i modelli, sviluppati con questo obiettivo e con un'efficacia comune nel breve termine, che hanno permesso la creazione e la fornitura di una varietà di servizi di sostegno e supporto socio sanitario. Si tratta dell' *Hospital and Community Integration Model* riferito al distretto Haidian di Pechino, del *Three-Level Prevention Network Model* a copertura dell'area di Shanghai, e dello *Yantai Model* facente capo alla provincia dello Shandong.

Questa triade in realtà durerà solo fino agli anni '90, quando i cambiamenti avvenuti nelle richieste e nelle dinamiche stesse del mercato hanno reso insostenibili, e dunque impraticabili, due dei tre modelli, così che soltanto il *Three-Level Prevention Network Model* di Shanghai è sopravvissuto a queste importanti trasformazioni, come verrà illustrato in seguito.

Nel 1958, a Nanchino, numerosi psichiatri e le principali autorità sanitarie locali si riunirono nella *Conferenza Nazionale sulla prevenzione e il trattamento dei disturbi mentali*, che verrà anche riconosciuta – e conosciuta – come il *1° National Mental Health Meeting*. In questa occasione venne anche presentata una proposta di classificazione dei disturbi mentali, che ricalcava le linee sovietiche.

La concezione sovietica della psichiatria venne adottata ampiamente in Cina, in particolare seguendo le teorie di Pavlov – tra cui la teoria del riflesso condizionato e la teoria dell'attività nervosa superiore – e la terapia del sonno utilizzata dagli psichiatri in URSS; al contrario, gli studi e le teorie (psicanalitiche) di Freud e (psicobiologiche) di Meyer non ottennero particolare credito, addirittura iniziarono ad essere considerate in maniera negativa da parte di alcuni professionisti nel campo della salute mentale.

Ciò che sicuramente l'occorrenza di questo 1° Meeting sulla salute mentale nazionale ha introdotto è un lavoro di tipo comunitario, orientato alla salute mentale della popolazione. Il progetto è partito dalle aree di Pechino, di Shanghai, del Sichuan, dello Hunan e del Jiangsu. L'obiettivo era quello di creare strutture dedicate alla formazione del personale sanitario professionistico e di offrire servizi operanti sulla prevenzione e sul trattamento delle psicosi, con particolare focus sull'importanza della diagnosi precoce e sulla necessità di prevenire anche eventuali ricadute e recidive.

Per quanto riguarda i servizi, alcune regioni amministrative lavorarono per promuovere l'attenzione alla prevenzione e al trattamento dei disturbi mentali tramite l'interconnessione di ospedali e cliniche psichiatriche e i trattamenti a domicilio; alcuni distretti invece effettuarono delle ricerche generali che hanno fornito una primitiva stima della situazione epidemiologica connessa a patologie del campo della salute mentale in Cina.

Inoltre, nel 1955 venne pubblicata la prima rivista psichiatrica del Paese, il *Chinese Journal of Neuropsychiatry* (中华精神科杂志 *Zhonghua jingshenke zazhi*), da parte della Società di Neurologia e Psichiatria, fondata due anni prima dalla *Chinese Medical Association* (中华医学会 *Zhonghua yixue hui*).

Nel 1963 si tenne a Guangzhou il primo *Simposio Nazionale su Neurologia e Psichiatria*, anch'esso organizzato dalla *Chinese Medical Association*, e tre anni più tardi - nel 1966 - si tenne a Chengdu un *Seminario nazionale sulla ricerca scientifica nel campo della salute mentale*.

Tornando dunque ad analizzare la rete dei servizi psichiatrici della comunità di Shanghai precedentemente introdotta, si osserva un sistema ripartito in tre livelli che coinvolgeva diversi settori (salute, sicurezza pubblica, affari civili) e regolava i servizi di prevenzione e trattamento delle psicosi.

Vi era però, come prevedibile, una differenziazione nell'organizzazione della rete di prevenzione tra quella urbana e quella rurale.

Nelle città, il primo livello era quello municipale, nel quale venivano erogati i trattamenti specialistici e le terapie a lungo termine, effettuate all'interno di un istituto psichiatrico e di un ospedale (capienza di 850 posti letto, fungeva da centro di riferimento tecnico) situati poco fuori dalla città.

Al secondo livello vi erano i distretti, nei quali si trovavano ospedali generici in cui i medici coprivano circa il 90% delle cure dei pazienti psichiatrici. Solo in alcuni distretti, come quello di Jing An che ospitava 65 pazienti, era possibile trovare anche degli ospedali creati appositamente per utenti con malattie psichiatriche, all'interno dei quali operava uno staff incaricato, tra le altre cose, di svolgere le visite a domicilio e ambulatoriali e di compilare un registro distrettuale degli utenti psichiatrici.

Al terzo livello, quello più basso, gli organi amministrativi di riferimento erano i cosiddetti comitati di quartiere. Questi offrivano diversi mezzi agli utenti, come un impiego da svolgere durante il giorno e per il quale veniva disposta una retribuzione: nel centro occupazionale di Yu Yao, ad esempio, gli utenti per 6 giorni a settimana lavoravano al confezionamento di righelli d'acciaio e venivano pagati a cottimo.

L'efficacia dei centri terapeutici occupazionali – o centri di riabilitazione lavorativa – è stata oggetto di ricerche, le quali hanno stimato che questo tipo di terapia aveva ridotto del 20% il tasso di occorrenza di un nuovo ricovero ospedaliero, passato dal 35% al 15%.⁴

Nelle zone rurali, il modello tripartito era diviso in contea, *township* e villaggio.

Al livello di contea, la prevenzione e il trattamento delle patologie mentali erano a carico dell'ospedale psichiatrico di riferimento (o del dipartimento psichiatrico al suo interno), il quale oltre alle attività comuni si occupava della formazione e della selezione del personale operativo e compilava un registro riassuntivo di tutte le attività connesse alla salute mentale realizzate nella contea.

L'ospedale della *township* aveva il ruolo di supervisione dell'operato dei medici di villaggio e di assicurazione della qualità e della competenza dei servizi forniti, istituendo anche un gruppo operativo che fungeva da guida nella specializzazione tecnologica.

Al terzo livello, quello di villaggio, le unità di prevenzione e trattamento organizzavano l'assistenza domiciliare effettuata dai medici di villaggio e dirigevano le attività di salute mentale delle brigate di produzione.⁵

Esisteva anche un ulteriore tipo di servizi – finalizzati alla prevenzione e al trattamento delle malattie mentali – che operava all'interno delle aziende e degli stabilimenti in Cina. Da questi anni, difatti, si è iniziato a stabilire una unità operativa – sotto il controllo di un team di supervisione preposto – che, sulla base dei differenti livelli nei servizi di salute mentale, si occupava dell'assistenza domiciliare e dei servizi ambulatoriali, dirigeva sia programmi di lavoro diurno che programmi di riabilitazione e reinserimento, effettuava ricognizioni nei laboratori e fungeva anche da guida, quando necessario, per fornire assistenza agli operai sulle modalità di lavoro da adottare.

Il team di supervisione generalmente si componeva del direttore dell'azienda e di personale inviato dai sindacati e dall'ospedale. Sotto la sua supervisione, oltre all'unità di lavoro precedentemente descritta, coesisteva anche un'équipe di salute mentale il cui scopo era quello di assistere i soggetti con malattie mentali croniche nel loro reinserimento lavorativo e, dunque, nella ripresa del proprio contributo alla produzione aziendale. Un altro compito dell'équipe era quello di prevenire – o ridurre l'occorrenza di – ricadute, tutelando la salute dei lavoratori, rafforzando il

⁴ *International Journal of Mental Health* (1987), *MENTAL HEALTH PROBLEMS AND CARE IN THE PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA* (Fall 1987), 16:3, 93

⁵ *International Journal of Mental Health* (1987), *MENTAL HEALTH PROBLEMS AND CARE IN THE PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA* (Fall 1987), 16:3, 34

sistema gestionale dei pazienti cronici ma anche – o soprattutto – evitando che la condizione mentale precaria del lavoratore incidesse negativamente nella produzione e nell'attività dell'azienda.

Poteva accadere che alcune aziende, non tutte, stabilissero in aree interne anche dei nuclei di assistenza diurna o di postazione infermieristica per i lavoratori, oppure nel caso di aziende particolarmente grandi si potevano trovare dei laboratori protetti, destinati esclusivamente a pazienti psichiatrici che non potevano riprendere la propria normale attività lavorativa, garantendo loro condizioni lavorative e servizi psicologici adeguati alla fragile condizione di salute.⁶

In questi anni i progressi, sia teorici che pratici, relativi alla psichiatria cinese erano ben visibili: gli ospedali psichiatrici puntarono a implementare la terapia, sia di gruppo che individuale, coinvolgendo in prima persona i pazienti nel loro percorso riabilitativo, lavorando anche tramite la ergoterapia⁷ e lo studio della citogenetica⁸ ed ereditarietà nei disordini mentali.

Anche gli impianti farmaceutici cinesi in questo periodo registrarono una grande produzione di psicofarmaci, tra i quali compaiono anche quelli che oggi sono ampiamente diffusi e conosciuti, tanto in Occidente quanto in Oriente. Tra questi figurano, ad esempio, il diazepam (benzodiazepina), la clorpromazina (primo farmaco neurolettico scoperto), gli antipsicotici come l'aloiperidolo e gli antidepressivi come l'imipramina e la fenelzina.

Lo studio di questi farmaci e delle loro proprietà terapeutiche è stato approfondito in diverse accademie e centri di ricerca della Cina; in particolare si sono occupate di ciò la *Chinese Academy of Medical Sciences* (中国医学科学院 *Zhongguo yixue kexueyuan*) e l'*Institute of Materia Medica* (ramo della *Chinese Academy of Science* a Shanghai) (中国科学院上海药物研究所 *Zhongguo kexueyuan shanghai yaowu yanjiusuo*), mentre invece il *Beijing Psychology Research Institute* (中国科学院心理研究所 *Zhongguo kexueyuan xinli yanjiusuo*) e lo *Hunan Medical College* (湖南中医药高等专科学校 *Hunan zhongyi yao gaodeng zhuanke xuexiao*) si sono occupati più specificatamente di schizofrenia e

⁶ *International Journal of Mental Health*, Fall 1987, Vol. 16, No. 3, MENTAL HEALTH PROBLEMS AND CARE IN THE PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA (Fall 1987), p. 35

⁷ Metodo curativo in cui l'attività lavorativa razionalmente impiegata funge da agente terapeutico. Nei soggetti con patologie mentali agisce come psicoterapia.

⁸ Ramo della genetica che studia le relazioni tra i dati ricavati dallo studio dei caratteri genetici, della loro trasmissione e della loro manifestazione, e i dati ricavati dall'osservazione diretta dei cromosomi. (*Enciclopedia Treccani*)

nevrastenia, all'interno dello studio della psicopatologia.

Grazie anche alla traduzione in cinese, nel 1963, del lavoro di Mayer Gross «*Psichiatria clinica*» (《临床精神病学》 *linchuang jingshenbingxue*), la psichiatria cinese iniziò a discostarsi dalle influenze e teorie che avevano prevalso fino a quel momento (es. teorie pavloviane) per accostarsi più verso un'analisi e una concezione cliniche della psichiatria moderna. Difatti, si iniziò a dare importanza alla storia pregressa del paziente, alle sue condizioni cliniche e all'analisi dei sintomi, prestando al contempo interesse anche per le caratteristiche biologiche dei disturbi mentali (studio di genetica, fisiologia, biochimica, ecc.).

Grazie alla cosiddetta «prima generazione di lavoratori in ambito psichiatrico», nel 1966 la capienza degli ospedali per quanto riguarda i posti letti riservati ai malati psichiatrici era aumentata notevolmente, raggiungendo le 20.000 unità. Non fu però l'unico successo notevole di quel momento: la medicina si stava aprendo alla psichiatria, introducendo l'insegnamento psichiatrico nella formazione degli studenti di questa disciplina e l'elevazione e considerazione della neuropsichiatria infantile come una specializzazione vera e propria⁹.

Gli anni della Rivoluzione Culturale (1966-76) hanno avuto un impatto inevitabile sulla psichiatria. I programmi di salute mentale per la comunità quasi cessarono, e tra gli studiosi e accademici originariamente coinvolti e attivi su ricerche di ambito psichiatrico iniziò a prevalere uno studio della medicina rivolto a tematiche meno controverse e divisive, quali indagini epidemiologiche ed elettroencefalografiche.

La concezione della psichiatria che venne sostenuta più convintamente in questo periodo, anche a causa della forte influenza delle politiche del momento, fu quella che la vedeva connessa a fattori psicologici. Venne dunque interrotto l'utilizzo dello shock insulinico e dell'elettroshock come terapie – ampiamente usate in precedenza – in favore di una terapia basata sull'educazione e sulla rieducazione ideologica.

I pazienti stessi, malati psichiatrici, venivano curati tramite la spinta alla correzione delle loro condotte, dei pensieri e delle attitudini, di modo che si allontanassero quanto più possibile dalle tipicità e dalle radici della malattia mentale, considerata una contaminazione borghese dell'essere umano. A sostegno di questa concezione e repressione delle patologie mentali, venivano anche sottoposte ai pazienti delle letture rivoluzionarie e organizzate delle discussioni di gruppo. Il saggio «Sulla contraddizione» scritto da Mao nell'agosto 1937 era usato di frequente a questo

⁹ *International Journal of Mental Health* (1987), *MENTAL HEALTH PROBLEMS AND CARE IN THE PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA* (Fall 1987), 16:3, 88

scopo.

Lo stesso Presidente Mao aveva stabilito un programma di gestione dei servizi di salute mentale, di modo che seguissero questi quattro principi comuni a tutti:

1. lavorare per primo sulla prevenzione;
2. rispondere e soddisfare le esigenze dei lavoratori, dei contadini e dei soldati;
3. porre enfasi sulle misure di salute pubblica;
4. unire insieme le conoscenze mediche derivanti dall'Occidente insieme a quelle tipiche della medicina cinese tradizionale.

Proprio in riferimento a questa, si faceva ampio utilizzo – tra le altre tradizionali pratiche di medicina cinese – dell'agopuntura e della moxibustione.

L'accesso agli ospedali avveniva di frequente tramite raccomandazione (o persuasione), da parte dei familiari del malato o anche da parte del datore di lavoro. Chi realmente decideva sull'accesso o meno del paziente in ospedale erano i membri dei comitati rivoluzionari, che esercitavano il loro ruolo – anche politico – nella supervisione degli psichiatri e del loro operato.

L'attività dei medici, per l'appunto, non era tanto scientifica quanto più dialettica e politica: dovevano adattare i propri metodi all'ideologia maoista, venivano spinti a considerare i pazienti come loro fratelli e sorelle di classe ed erano chiamati a operare per rimettere i pazienti in condizione di contribuire al progetto di stampo maoista della 'Nuova Cina Socialista'.

Inoltre, essi dovevano far sì che i pazienti acquisissero maggiore consapevolezza riguardo i propri sintomi, e li considerassero al pari di nemici contro i quali combattere. Per far ciò, i tre metodi prevalentemente usati erano:

- ❖ l'autoriflessione e l'autocritica, che portavano a vedere i propri pensieri patologici come mero frutto di idee capitalistiche;
- ❖ l'aiuto reciproco collettivo che i pazienti, divisi in gruppi di combattimento su imitazione delle divisioni interne all'Esercito Popolare di Liberazione, offrivano l'un l'altro come battaglie volte al comune obiettivo di sconfiggere la malattia mentale;
- ❖ la divisione in gruppi di studio (di 10-15 pazienti ciascuno) per studiare e approfondire gli scritti e il pensiero del 'Grande Timoniere Mao'.

Nonostante vennero condotte alcune indagini epidemiologiche e diffuse informazioni con la popolazione, anche con il lavoro degli psichiatri operanti dall'esterno dell'ospedale, questo

decennio non fu ricco di ricerche e analisi accademiche, di nuovi studi condotti né di utilizzo di nuove metodologie o modelli sperimentali. Una rete finalizzata alla prevenzione e al trattamento dei disturbi psichiatrici venne comunque istituita, anche con l'aiuto delle unità amministrative locali, della maggior parte di distretti e regioni, e della popolazione generale.

Un evento molto rilevante di questi anni, protratto nel tempo e di cui si tratterà anche in seguito, fu la creazione degli ospedali 'ankang' (安康 *ankang*) (letteralmente traducibile con 'pace e salute', fornite idealmente ai malati mentali). Questi ospedali in realtà erano strutture psichiatriche, finanziate dal governo e affidate alla gestione della polizia, che venivano tipicamente usate come luoghi in cui esercitare un potere politico, con ruolo correttivo e in cui venivano inviati – oltre ai pazienti affetti da malattia mentale – anche dei dissidenti o prigionieri delle carceri cinesi, che avevano commesso crimini e venivano perciò 'catalogati' come malati mentali e sottoposti a rieducazione. Gli ospedali *ankang* funzionavano infatti come una sorta di ospedali psichiatrici forensi e, in molti casi, soprattutto negli anni subito seguenti alla fondazione della Repubblica Popolare Cinese, vi venivano reclusi individui per i quali non vi era alcuna giustificazione di tipo sanitario ma soltanto di natura politica.

Il tempo di reclusione, a scopo repressivo, era indefinito. Alcune fonti riportano come negli anni '80, tra di tutti i casi documentati all'interno della psichiatria forense, quelli di natura politica costituissero il 15%. Questo indicatore scenderà al 5% negli anni '90, per assistere nuovamente a un picco nel 1999, quando tali strutture si riempiranno di praticanti del Falun Gong, gruppo religioso che da quegli anni sarà oggetto di una forte repressione governativa.

Riprendendo la 'rivoluzione scientifica' – introdotta in precedenza nel lavoro – iniziata con la fondazione della Repubblica Popolare Cinese, sono significativi le ricerche e gli studi scientifici che ci sono giunti degli anni post-rivoluzionari, relativi alle cause e origini delle malattie mentali, prevalentemente ricondotte a influenze genetiche e biochimiche.

Il lavoro condotto nello *Shanghai Psychiatric Institute*, ad esempio, studiava i marcatori genetici associabili alla schizofrenia. Sempre lo stesso gruppo di ricerca stava conducendo delle analisi sulle differenti concentrazioni di prolattina e sulla possibilità che queste fungessero da indicatori per la comparsa di psicosi; e contemporaneamente stava proseguendo la ricerca nella depressione, studiando la possibilità di formulare delle prognosi tramite il test di soppressione con desametasone¹⁰.

¹⁰ Farmaco corticosteroide sintetico con elevate proprietà antiallergiche e antiflogistiche, utilizzato per trattare disturbi associati all'infiammazione.

Successivamente alla fine della Rivoluzione Culturale, durante la quale ne venne bandita la pratica, nella seconda metà degli anni '70 venne reintrodotta la terapia elettroconvulsivante (TEC, conosciuta anche come elettroshock). Le linee guida ne indicavano l'utilizzo nei casi in cui il paziente presentasse stati ossessivo-compulsivi, depressione grave con ideazione suicidaria, e – in misura minore – schizofrenia catatonica.

3.1.3 L'apertura cinese allo scambio internazionale nella seconda metà degli anni '70

Un altro meeting di rilievo nella storia della psichiatria cinese fu il *Secondo Simposio Nazionale su Neurologia e Psichiatria* tenutosi nel 1978 a Nanchino. Ciò che venne discusso a questo evento – e che accelerò lo sviluppo della psichiatria in Cina – riguardava, tra gli altri temi, la classificazione dei disturbi mentali, l'utilizzo congiunto delle pratiche della medicina cinese tradizionale e dei precetti della medicina occidentale, l'assistenza psichiatrica e la prevenzione contro le ricadute dei pazienti schizofrenici.

Nello stesso anno, una versione rinnovata del *Chinese Journal of Neuropsychiatry* venne pubblicata dalla *Società Cinese di Neurologia e Psichiatria*, mentre lo *Hunan Medical College* e il *Zhongshan Medical College* di Guangzhou pubblicarono per la prima volta la sezione dedicata alla psichiatria del *Journal of Nervous and Mental Disease and Medicine Abroad* (神经精神疾病杂志 *Shenjing jingshenjibing zazhi*).

Negli anni '60 e '70 il sistema sanitario cinese, in termini di assistenza primaria, veniva addirittura considerato come un modello dal quale altre Nazioni avrebbero potuto trarre ispirazione nel processo di modernizzazione della propria sanità.¹¹

Nel 1983, in occasione del *Seminario internazionale sull'assistenza sanitaria di base* tenutosi nello Yexian, il modello sanitario cinese – e il suo cambiamento drastico da settore sottosviluppato a punto di riferimento globale – venne ufficialmente riconosciuto.

Nel discorso introduttivo al seminario, tenuto dall'allora direttore esecutivo dell'UNICEF James P. Grant, questi ripercorre vari punti di snodo significativi per la comunità internazionale: ricorda come l'OMS e l'UNICEF abbiano compreso che i sistemi convenzionali che stavano utilizzando per raggiungere il loro obiettivo di «salute per tutti entro il 2000» non stavano funzionando; rimarca quale fosse la situazione cinese alla fine degli anni '40 e di come sia stata rivoluzionata nei 30 anni

¹¹ World Health Organisation (1983), *Primary Health Care: The Chinese Experience*. Geneva: WHO, 1983, 11

seguenti; spiega le caratteristiche principali di un modello di successo (quello cinese) che è stato osservato e studiato per essere replicato.

Dal 1978, effettivamente, è stato sostenuto l'approccio cinese alla gestione della sanità; il significato e l'obiettivo connessi all'assistenza primaria divennero quelli di «sanità per tutti», a partire dalla *Conferenza Internazionale sull'Assistenza sanitaria di base* tenutasi ad Alma-ata, con il sostegno dell'Assemblea Mondiale della Sanità e l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite.

Alcuni punti di forza di un modello considerato così eccelso erano indubbiamente l'assistenza sanitaria di base garantita a livello universale, le risorse statali utilizzate come fondi per il finanziamento del sistema, e l'importanza attribuita alla prevenzione. Non da ultimo, la consapevolezza che l'efficienza del settore sanitario, così come la conoscenza medica diffusa, dipendessero dalla società e dalla sua organizzazione e che l'elemento cardine del sistema fosse la partecipazione diffusa di tutta la popolazione.¹²

Dopo la fine della Rivoluzione Culturale, i cambiamenti nella gestione tanto interna quanto esterna della psichiatria cinese furono ben visibili e consistenti. Dal 1976, difatti, si costituì rapidamente una rete di scambio internazionale, tanto in termini di conoscenze mediche – nello specifico psichiatriche – quanto in termini di personale e di ricerca medica specialistica.

Lo scambio tra Cina e Stati Uniti di delegazioni formate dai rispettivi psichiatri (nel 1979 la delegazione cinese fu ospitata a Chicago nel meeting annuale della *American Psychiatric Association* e nel maggio del 1980 la delegazione americana venne accolta a Pechino) permise alla Cina di conoscere gli sviluppi e le scoperte globali, introducendola a test e strumenti di misurazione psichiatrica, alla psichiatria comportamentale, all'utilizzo del biofeedback, alla medicina psicosomatica, psicofarmacologica, ecc.

Queste aperture e scambi vennero formalizzati nel *Second Joint Health Committee Meeting* a Tianjin nel novembre 1980, alla presenza della *Chinese Society of Neuropsychiatry* e dello *U.S. National Institute of Mental Health*.

Anche il raggio delle ricerche medico-scientifiche condotte in Cina dopo la fine della Rivoluzione Culturale venne ampliato: un gruppo per la ricerca e l'insegnamento della psicologia clinica venne istituito al *Beijing Medical College*, vennero avviati dei corsi sull'utilizzo di test di intelligenza e della personalità nello *Hunan Medical College*, mentre ospedali come quello di Shanghai, Changsha, Pechino, Chengdu, Siping e Nanchino avviarono dei corsi psichiatrici avanzati post-laurea.

Nacquero il *Beijing Institute of Mental Illness and Mental Health* e lo *Shanghai Institute of Mental Health*, rispettivamente nel maggio 1980 e nel gennaio 1981, mentre venne creata la *Commissione per*

¹² World Health Organisation (1983), *Primary Health Care: The Chinese Experience*. Geneva: WHO, 1983, 9-12

la *Neuropsychiatria* da parte della Società Cinese di Genetica (sezione di medicina genetica) e la *Chinese Psychological Society* fondò sia la *Sezione di Psicologia Clinica* che il *Comitato Nazionale delle Minoranze per l'analisi delle malattie mentali*.

Shanghai iniziò a prestare attenzione e istituire scuole per accogliere bambini con ritardo mentale e alcuni gruppi di terapia occupazionale iniziarono ad accogliere anche adulti con ritardo mentale. Il punto di forza e l'efficacia della riabilitazione e del recupero dei pazienti psichiatrici erano costituiti dalla combinazione di terapia ricreativa, psicoterapia, terapia occupazionale e trattamento farmacologico. Non meno rilevante era la connessione serrata tra terapia e prevenzione di massa.

Misurando l'incidenza dei disturbi mentali registrata tra il 1965 e il 1978, lo *Wuhan Psychiatric Hospital* ha condotto un'indagine volta a misurare gli effetti dell'attività e dei cambiamenti politici sul benessere mentale della popolazione.

Quello che è emerso rivela una correlazione inversa tra la stabilità della politica cinese e l'elevata incidenza di disordini mentali nella popolazione: difatti, il tasso di incidenza delle malattie mentali si riduceva al corrispondere di una situazione politica interna maggiormente costante e sicura.

La Tabella 1 riporta il tasso di incidenza di pazienti schizofrenici nell'intervallo di tempo 1965-1978. Assumendo che il tasso di incidenza relativo all'anno 1965 sia 1, la tabella mostra chiaramente come l'occorrenza maggiore di schizofrenia corrisponda con gli anni del fermento e dell'instabilità vissuti nel decennio della Rivoluzione Culturale (1966-76).

Tabella 1. Tassi di incidenza della schizofrenia a Wuhan dal 1965 al 1978

Anno	Tasso di incidenza schizofrenia
1965	1
1966	3,20
1967	2,80
1968	3,40
1969	2,80
1970	3,40
1971	2,00
1972	2,00
1973	1,80
1974	2,60
1975	2,20
1976	2,00
1977	1,60
1978	0,80

FONTE: International Journal of Mental Health, 1987

Alcune tipologie di trattamento dei pazienti con caratteristiche psicotiche e/o schizofreniche erano i medicinali, l'agopuntura e spesso dei rimedi erboristici naturali. Difficilmente si utilizzavano esclusivamente metodi tradizionali. Uno studio – che non venne pubblicato – fu condotto nel 1978 dal Dottor Zhang Ming Yuan su un campione di 857 pazienti dello *Shanghai Psychiatric Institute* che erano affetti da schizofrenia. Ne risultò che l'82% di essi veniva curato con la clorpromazina, mentre solo l'1% dei malati veniva curato con erbe e rimedi naturali.¹³

Il Professor Liu, del dipartimento psichiatrico del *Sichuan Medical College* a Chengdu, ha chiarito come la somministrazione dei medicinali e la dose stabilita variassero a seconda della tipologia del trattamento (es. riduzione della quantità del farmaco se terapia associata anche a rimedi erboristici).

Nei pazienti nevrotici (con alterazioni del sistema nervoso centrale) dello stesso dipartimento a Chengdu, infine, è stata riscontrata un'efficacia dell'80% per la terapia di modifica dell'insulina, che prevede una somministrazione giornaliera di insulina (dalle 40 alle 120 unità) ai pazienti per un periodo di 7 settimane.¹⁴

3.1.4 Gli anni '80 e l'ingresso degli ospedali nel mercato economico

Nel periodo post-maoista, l'apertura delle riforme e del settore sanitario alle logiche e ai meccanismi del mercato ha portato alla creazione e definizione di un sistema politico retto – anche – su dinamiche di privatizzazione e di interesse connesse al lavoro delle autorità statali.

Le stesse riforme economiche però, hanno portato a degli effetti ingenti e disastrosi sul sistema sanitario pubblico. È bastato poco tempo affinché si dissolvesse quell'eccezionalità che era stata riconosciuta al modello sanitario cinese: un trend in declino anche negli anni a venire, tanto che lo stesso sistema sanitario cinese nel 2000 venne classificato dall'OMS come 144° (su un totale di 191 Paesi), valutandone la performance complessiva.

Parte della riforma economica fu anche l'autonomia finanziaria riconosciuta agli ospedali nel 1985, incoraggiando e permettendo a questi ultimi di realizzare dei profitti dai servizi forniti, trattenendo i ricavi derivanti dalla vendita degli stessi servizi.

¹³ *International Journal of Mental Health* (1987), *MENTAL HEALTH PROBLEMS AND CARE IN THE PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA* (Fall 1987), 16:3, 92

¹⁴ *International Journal of Mental Health* (1987), *MENTAL HEALTH PROBLEMS AND CARE IN THE PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA* (Fall 1987), 16:3, 92

Anche gli ospedali, dunque, diventarono attori primari dell'economia di mercato che stava cambiando la Cina. Di conseguenza, le strutture per la riabilitazione della salute mentale che non erano finanziariamente autonome furono chiuse o vennero trasformate in ospedali psichiatrici di piccola scala.

Prima del '90, a Shanghai, si poteva trovare almeno una struttura riabilitativa comunitaria in ciascun distretto o villaggio; un numero consistente di strutture che, però, a giugno del 2004, era già stato ridotto del 62%.

Un altro tipo di terapia tornata in auge negli anni '80 era quella elettroconvulsiva (o elettroconvulsivante, TEC): l'elettroshock, infatti, era stato bandito durante la Rivoluzione Culturale e venne reintrodotta in questi anni come forma di trattamento dei pazienti con depressione suicida, con disturbi ossessivo-compulsivi e nei casi più rari di schizofrenia di tipo catatonico.

Ciò che fa discutere di questo metodo non è la terapia in sé, riconosciuta oggi anche in Italia come trattamento efficace per queste specifiche patologie, quanto il metodo in cui veniva effettuata: ai pazienti non veniva somministrata nessuna anestesia né rilassante muscolare (miorilassante), e nelle aree rurali veniva somministrata da paramedici tramite l'utilizzo di apparecchi portatili.

Una ricerca condotta a Pechino nel 1981, inoltre, ha evidenziato come vi fosse anche una disparità di genere nell'attribuzione delle diagnosi di malattia mentale, in particolare di schizofrenia. Dalla ricerca è emerso come il rischio di ricevere tale diagnosi fosse per le donne 2,6 volte maggiore rispetto a quello degli uomini. Le ragioni – stereotipate – di questi dati sono dovute a quella che viene definita 'duplice natura' della donna: si riporta il doppio ruolo della donna come capofamiglia e casalinga e moglie tradizionale; si riferisce ai cambiamenti endocrini e agli sbalzi ormonali attribuiti al genere femminile; si sottolinea una labilità psicologica maggiore rispetto all'uomo; e infine compare il rischio tipicamente femminile di manifestare una psicosi involutiva, collegata a quella fase biologica femminile che corrisponde alla menopausa.¹⁵

Un'altra categoria di pazienti, ai quali si inizia a prestare particolare attenzione, è quella dei bambini. Nel mese di aprile 1984 ebbe luogo un congresso internazionale incentrato sul tema della psichiatria infantile, volto a trattare l'insorgenza dei disturbi nei bambini ma anche gli effetti e le conseguenze disastrose della politica del figlio unico, ponendo l'attenzione sulla necessità futura – accentuata anche dalla longevità crescente della popolazione – di costituire servizi psicogeriatrici,

¹⁵ *International Journal of Mental Health* (1987), *MENTAL HEALTH PROBLEMS AND CARE IN THE PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA* (Fall 1987), 16:3, 91

in cui trattare gli squilibri mentali tipici dell'età avanzata.

Le corsie e i reparti dedicati esclusivamente alla psichiatria infantile difatti non erano numerosi in tutta la Cina. Uno di questi reparti, all'interno dell'ospedale An Ding a Pechino, aveva registrato una particolare incidenza di sintomi schizofrenici tra i pazienti, ai quali venivano somministrate terapie differenti, quali i farmaci antipsicotici o il più discusso idrocortisone (antinfiammatorio steroideo, il cui utilizzo per il trattamento della schizofrenia non è riconosciuto a livello internazionale), somministrato per via intravenosa.

Il complesso sistema in funzione in quegli anni, dunque, non si costituiva soltanto di ricoveri ospedalieri a beneficio di pazienti con patologie mentali. Al contrario, era fondamentale il ruolo preventivo e terapeutico delle cosiddette «cliniche per la prevenzione e il trattamento di malattie mentali», equivalenti dei centri di salute mentale presenti, ad esempio, nel sistema sanitario italiano.

Queste cliniche sono finanziate dal governo, distribuite in maniera sparsa in tutta la Cina e ognuna di esse si compone di uno specifico team operativo, composto da medici, infermieri, personale amministrativo e da tecnici sanitari.

Il lavoro delle cliniche si basa sulla fornitura di servizi di salute mentale alla comunità, dunque si occupa di fornire counseling psicologico, terapie ambulatoriali e ospedaliere, assistenza mentale agli anziani, effettua attività di diagnosi e monitoraggio nei pazienti psicotici, è responsabile degli interventi da attuare per modificare comportamenti erranei nei bambini e, in generale, nei giovani. Inoltre, svolge attività di cura integrative e continuative: trattamenti farmacologici per pazienti con episodi acuti di psicosi, riabilitazione per chi è in fase di recupero dalla malattia, inserimento lavorativo congruo per ex pazienti.

Un'altra data di questo decennio è stata estremamente significativa nel complesso sistema di politiche di riforma inerenti la salute mentale in Cina, tanto da rappresentarne il punto di avvio. Nel 1987, infatti, l'OMS ha avviato la prima discussione formale in merito alla legislazione cinese relativa alla salute mentale. In coordinazione con l'OMS hanno partecipato i Ministeri cinesi della Sanità, della Pubblica Sicurezza, e degli Affari Civili.

Non solo, conseguentemente al *Second National Meeting on mental health services* che si era tenuto a Shanghai nel 1986 e che aveva decretato l'inadeguatezza dei servizi di salute mentale forniti in Cina, il Consiglio di Stato ha approvato un documento intitolato «*Opinions about strengthening mental health work*» che sintetizzò le principali lacune del sistema sanitario e l'immediata necessità di apportarvi importanti miglioramenti.

In sintesi, i problemi e le carenze emerse riguardavano la mancanza di coordinazione tra i servizi (es. tra trattamento e riabilitazione), l'inadeguatezza della formazione del personale e dell'identificazione di disturbi mentali nella popolazione, le minacce e i rischi per la comunità dovuti da crimini e violenze derivanti da pazienti affetti da disordini mentali senza supporto comunitario, la carenza di finanziamenti e di risorse economiche per attrezzare adeguatamente le infrastrutture sanitarie, la penuria di posti letto e servizi riabilitativi (ne deriva che l'80% dei pazienti non ricevevano trattamenti e il 95% di questi non poteva essere ammesso in ospedale), l'aumento vertiginoso dell'incidenza di malattie mentali dallo 0,7% degli anni '70 all'1,54% degli anni '80.

Nel 1988, inoltre, fu fondata la *China Federation for Disabled People* (CFDP) dal figlio maggiore di Deng Xiaoping, Deng Pu-fang, divenuto disabile dopo la Rivoluzione Culturale. Nel 1991 la Federazione ha incluso al suo interno anche chi aveva patologie di tipo psichiatrico.

Alcuni psichiatri, verso la fine degli anni '90, iniziarono a dubitare del sistema in atto per la cura della salute mentale, basato su modelli di profitto a favore delle grandi sedi ospedaliere, sulla base delle prestazioni e dei servizi che queste offrivano alla comunità. A questa riconsiderazione giunse anche il Ministero della Salute e, grazie al sostegno conferito agli ufficiali di alto livello, si aprì la strada all'imminente costituzione di un piano di salute mentale.

A novembre del 1999 si tenne a Pechino un seminario di alto livello convocato congiuntamente da 10 Ministri cinesi e dall'OMS; si arrivò ad una dichiarazione finale in cui tutti i livelli di governo si impegnavano a migliorare la propria leadership inglobando al suo interno la tutela della salute mentale. Gli obiettivi che erano alla base di questa decisione puntavano a stabilire una strategia e un piano di azione per la salute mentale, a rafforzare la cooperazione internazionale, a preparare il terreno per la produzione ed entrata in vigore di una legge nazionale sulla salute mentale e, non da ultimo, per cercare di tutelare i diritti dei pazienti con patologie mentali.

3.2 LO *PSYCHO-BOOM* DEL XXI SECOLO

La concezione attuale della depressione in Cina è cambiata radicalmente rispetto a quella comune negli anni '80. Difatti, vi era un rinnegamento della patologia, tanto che spesso non veniva neanche diagnosticata a chi ne era affetto, sostituita dalla diagnosi di nevrastenia.

L'elevata stigmatizzazione connessa al riconoscimento della depressione era frutto di credenze sociali per cui questa veniva considerata degradante, anche dal punto di vista politico, e in netta opposizione alla medicina tradizionale.

Diventava necessario dunque «educare alla depressione» e ai meccanismi che questa comporta, tanto i pazienti quanto i loro familiari, di modo che si abbandonasse sempre più lo stigma e si diffondesse la nuova – e buona – abitudine di chiedere aiuto e cure adeguate.

Lo stesso trattamento e i criteri diagnostici dovevano essere uniformati e seguire lo stesso percorso, riuscendo così a ridurre la pesante quota di depressione che non veniva né diagnosticata né perciò curata.

Quello che le linee guida cinesi prescrivevano come trattamento di prima linea era la somministrazione di un farmaco antidepressivo adeguato alle caratteristiche del disturbo diagnosticato nel paziente, selezionato tramite un algoritmo¹⁶ messo a disposizione nelle linee guida ma tenendo sempre in considerazione il profilo clinico dell'individuo, la gravità dei suoi sintomi ed eventuali precedenti medici o specificatamente psichiatrici.

Se il trattamento era insufficiente o inefficace occorreva ricalibrare la dose dei farmaci somministrati o passare a farmaci cosiddetti di seconda linea, ad esempio gli antidepressivi triciclici.

La terapia elettroconvulsiva (TEC) solitamente veniva utilizzata in uno step ancora successivo, se le misure precedenti si erano rivelate inefficaci. Eccezionalmente, si ricorreva fin dall'inizio alla TEC nei casi in cui il paziente presentasse istinti suicidari e stordimento particolarmente gravi. Pur procedendo con linee guida uniformi nel trattamento della depressione, dunque, va da sé che le diversità presenti nei sottotipi della malattia e nelle differenze e peculiarità proprie di ogni singolo paziente richiedono una varietà nell'appropriatezza dei farmaci (di prima e seconda linea)

¹⁶ Alterna l'utilizzo di ISRS (inibitori selettivi per la generazione della serotonina), SNRI (inibitore doppio di ricaptazione della norepinefrina e della serotonina) e NaSSA (antidepressivo noradrenergico e serotoninergico specifico).

somministrati ai pazienti.¹⁷

All'inizio del XXI secolo gli studi epidemiologici che analizzavano la depressione in Cina hanno riportato dei tassi di incidenza del disturbo depressivo maggiore (MDD in inglese) significativamente più alti rispetto agli anni '80 e '90, quando si contava un'incidenza inferiore all'1% a causa della mancanza di cure e di servizi.¹⁸

Tramite l'utilizzo del CIDI (Composite International Diagnostic Interview), alcune indagini condotte a Pechino e Shanghai su un campione di popolazione adulta hanno rilevato un tasso di prevalenza a 12 mesi del disturbo depressivo maggiore tra l'1 e il 3% e un tasso di prevalenza durante tutta la vita tra il 2% e il 5%.¹⁹

Invece, altre indagini focalizzate sulle province dello Shandong, del Gansu, del Qinghai, dello Zhejiang e dello Hebei hanno rilevato una prevalenza a un mese del MDD tra il 2% e il 3%. In questo caso, i modelli utilizzati per la misurazione sono stati il GHQ (*General Health Questionnaire*, utile a individuare disturbi in contesti e ambienti non prettamente psichiatrici) e lo SCID-I/P (*Structured Clinical Interview*), usato – nella versione per i pazienti ricoverati – per valutare i disturbi dell'asse I secondo il *DSM-IV-TR*.²⁰

Nel 2019 è stato pubblicato nel *Journal of Affective Disorder* uno studio che indagava i sintomi somatici correlati a ideazioni suicidarie negli individui cinesi affetti da MDD alla prima occorrenza. I risultati presentati nello studio mostravano una maggiore probabilità di manifestare intenti suicidari per i pazienti più giovani, con una storia familiare di disturbo mentale, ancora attivi lavorativamente, non sposati, che soffrivano di insonnia tardiva o ipersonnia.²¹

¹⁷ Zhang, M. (2010). Major Depressive Disorder Treatment Guidelines in China. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(suppl E1).

¹⁸ Parker, G., Gladstone, G., & Chee, K. T. (2001). Depression in the Planet's Largest Ethnic Group: The Chinese. *American Journal of Psychiatry*, 158(6), 858,860.

¹⁹ Keqing, L., Ze, C., Lijun, C., Qinpu, J., Guang, S., Haoran, W., Jing, H., Wuwen, Z., Jianguo, X., Yanping, Z., Ben, Z., Jianxun, J., Xueyi, W., Jun, T., Yufu, Z., Haishan, H., Jianping, G., & Enyi, Z. (2008). Epidemiological survey of mental disorders in the people aged 18 and older in Hebei Province. *Asian Journal of Psychiatry*, 1(2), 52.

²⁰ Kübler, U. (2013) Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID). *Encyclopedia of Behavioral Medicine*, 1919–20.

²¹ Fang et al. (2019), The association between somatic symptoms and suicidal ideation in Chinese first-episode major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 245, 17-21.

Nonostante i grandi e rapidi sviluppi degli ultimi trent'anni riguardo le risorse e possibilità della salute mentale, la crescita non è ancora sufficiente a coprire la domanda.

Nel 2005, il numero di psichiatri praticanti era di circa 1 ogni 100.000 individui.

Il numero di posti letto nei reparti psichiatrici degli ospedali invece era di circa 11 ogni 100.000 individui.²²

La distribuzione di personale e servizi, tuttavia, non è uniforme all'interno del Paese. Al contrario, c'è un accentramento all'interno delle maggiori città, con il risultato che una grande fetta della popolazione rurale si ritrova senza servizi, mezzi e possibilità per poter curare i propri disordini mentali.

Spesso, inoltre, i servizi psichiatrici esistenti offrono terapie e assistenza solo per alcuni tipi di disturbi, come quelli psicotici. Un'indagine che nel 2001 ha coinvolto 325 ospedali generici di Pechino (distribuiti in tutti i 18 distretti della capitale) ha rilevato come si stessero iniziando a fare dei passi avanti in questo campo, riportando una realtà in cui il 53% degli ospedali intervistati offriva una o più tipologie di servizi, aprendo dunque anche ai comuni disturbi non-psicotici dell'umore (es. MDD), pur mantenendo nello staff medico un livello di educazione relativamente basso e una formazione focalizzata sulla salute mentale ancora troppo scarsa.²³

Sulla stessa linea, un'altra indagine riporta come esito delle ricerche una quota limitata all'8% degli individui che, aventi un disturbo dell'umore, ricevono cure e trattamenti medici professionali.

Questo dato è ancora più significativo se paragonato al 72% dei pazienti con disturbi psicotici che sono seguiti da un professionista o fanno richiesta di terapie.

Dai risultati emerge anche come, tra le persone affette da disturbi dell'umore in Cina che fanno richiesta di cure, ci sia a malapena una differenza tra chi presenta una disabilità da moderata a grave e tra chi invece presenta un deficit o disabilità lieve²⁴.

Rimanendo nell'ambito della ricezione (da parte dei soggetti malati) di cure specifiche a trattare le proprie patologie, nella ricerca condotta da Lee e colleghi tra novembre 2001 e febbraio 2002, è emerso come a Pechino e Shanghai (località coinvolte nello studio) chi soffre di disturbi mentali abbia una probabilità di ricevere cure e trattamenti che è 14 volte inferiore a quella che invece

²² World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse. *Mental Health Atlas*. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2005.

²³ Jiang, Chun, et al. (2005), 北京地区325家综合医院心理卫生服务状况. 中华预防医学杂志, 2005, 39(04): 242.

²⁴ Phillips, M. R., Zhang, J., Shi, Q., Song, Z., Ding, Z., Pang, S., Li, X., Zhang, Y., & Wang, Z. (2009).

Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001–05: an epidemiological survey. *The Lancet*, 373(9680), 2041–2053.

hanno individui con delle patologie fisiche croniche²⁵.

L'accesso alle cure, però, non è l'unico ostacolo davanti al quale si trova chi è affetto da patologie mentali. Prendendo in considerazione i disturbi depressivi, vi è un alto tasso di mancata individuazione e diagnosi della malattia da parte delle unità di assistenza primaria.

Alcuni studiosi hanno condotto una ricerca nel periodo da novembre 2004 a gennaio 2006, coinvolgendo 23 ospedali generici, selezionati casualmente, della provincia dello Shenyang e hanno analizzato le percentuali di diagnosi e trattamento ricevute dai pazienti con disturbi depressivi. Dai risultati è emerso come, nonostante l'11% dei pazienti ambulatoriali possedesse i criteri diagnostici per la depressione, soltanto il 4% di essi avesse ricevuto una diagnosi, mentre era al 3% la percentuale dei pazienti ai quali era stato prescritto un farmaco antidepressivo²⁶.

Le indicazioni e linee guida per il trattamento della depressione che erano in possesso dei medici all'inizio del XXI secolo potevano essere considerate sufficienti, tuttavia agli stessi medici mancavano formazione e conoscenza – sistematica e approfondita – riguardo la patologia in sé, le sue caratteristiche e le terapie per curarla. Le stesse scuole di medicina non offrivano insegnamenti ottimali sulle patologie psichiatriche più comuni, con il serio problema che i medici non riuscissero a discernere e a valutare coscientemente la prescrizione di quale farmaco, in che dose, per quanto tempo.

Difatti, molto frequentemente gli psichiatri prescrivevano ai pazienti affetti da depressione delle benzodiazepine in unione a farmaci antidepressivi, con l'intento di combattere la sindrome da attivazione precoce²⁷ e di evitare discontinuità nel trattamento, senza però avere piena contezza o evidenza dell'efficacia di tale trattamento.

Altro aspetto emerso in questo momento è la mancanza di interconnessione tra le diverse terapie necessarie a trattare e curare la depressione. È consuetudine per molti psichiatri di inizio secolo in Cina non dare importanza al percorso che deve seguire gradualmente il paziente, una volta che la terapia farmacologica è stata impostata.

²⁵ Lee et al. (2009), Impaired Role Functioning and Treatment Rates for Mental Disorders and Chronic Physical Disorders in Metropolitan China. *Psychosomatic Medicine* 71(8):p 886-893.

²⁶ Qin et al. (2008), Prevalence and rates of recognition of depressive disorders in internal medicine outpatient departments of 23 general hospitals in Shenyang, China, *Journal of Affective Disorders* 110(1-2): 51.

²⁷ Situazione che ha luogo all'inizio dell'assunzione del farmaco, conseguente alla maggiore disponibilità improvvisa di serotonina e noradrenalina nelle cellule nervose e al derivato aumento di stimolazione dei recettori postsinaptici.

Le stesse linee guida a disposizione, per essere efficaci, dovrebbero essere continuamente aggiornate secondo i risultati e le scoperte sempre nuove della medicina, formando adeguatamente i medici ma anche istituendo dei piani di intervento psicosociale a disposizione dei pazienti con disturbi depressivi e dei loro familiari.

3.2.1 Gli obiettivi e le istruzioni nel Piano Nazionale sulla Salute Mentale (2002-2010)

Nel 2002 la spesa sanitaria indirizzata al trattamento e alle cure per la depressione in Cina era di 814 milioni di dollari (US), equivalente all'1,0% della spesa totale nazionale per quell'anno, calcolata in 82.385 milioni di dollari (US).²⁸

Diversi studi condotti su Pechino, inoltre, hanno confermato come la depressione fosse un fattore significativo nel tasso di mortalità per suicidio della popolazione cinese: negli individui che avevano affrontato un episodio di depressione maggiore nella propria vita il tasso di suicidio era al 16,3%, diversamente dallo 0,2% di chi non aveva mai avuto simili episodi.²⁹

È sempre del 2002 la ricerca pubblicata da Phillips e colleghi, i cui risultati mostrano come il tasso di suicidi nelle aree rurali, in Cina, sia tre volte superiore rispetto a quello delle aree urbane. Ne deriva un rapporto rurale/urbano di 3,27.³⁰

Il 2002 però è anche l'anno di introduzione del Piano Nazionale sulla Salute Mentale (2002-2010) (中国精神卫生工作规划 (2002-2010年) *Zhongguo jingshen weisheng gongzuo guihua, 2002-2010 nian*)³¹, firmato ad aprile dal Ministro della Pubblica Sicurezza, il Ministro della Salute e il Ministro degli Affari Civili, insieme alla Federazione Cinese delle Persone Disabili (中国残疾人联合会 *Zhongguo canjiren lianhehui*).

I principali obiettivi posti alla base del Piano prevedevano, innanzitutto, l'istituzione di un sistema congruo che si occupasse della cura della salute mentale e che fosse sotto la guida del governo, pur

²⁸ China Statistical Yearbook, 2003. China National Bureau of Statistics. Beijing, China

²⁹ Ma, X., Xiang, Y.-T., Cai, Z.-J., Li, S.-R., Xiang, Y.-Q., Guo, H.-L., Hou, Y.-Z., Li, Z.-B., Li, Z.-J., Tao, Y.-F., Dang, W.-M., Wu, X.-M., Deng, J., Wang, C.-Y., Lai, K. Y. C., & Ungvari, G. S. (2009). Prevalence and socio-demographic correlates of major depressive episode in rural and urban areas of Beijing, China. *Journal of Affective Disorders*, 115(3), 327.

³⁰ Phillips, M.R., Li, X., Zhang, Y. (2002), Suicide rates in China, 1995–99. *Lancet* 359, 835–840

³¹ 中国疾病预防控制中心 https://www.chinacdc.cn/ztxm/jkzg2020/gnzl/200807/t20080730_53748.htm

facendo uso (benefico) della cooperazione e del coinvolgimento di altri settori.

Un altro impegno contenuto nel Piano era quello di rafforzare i servizi di salute mentale, grazie anche al dispiegamento di risorse umane nel settore e al potenziamento fornito agli ospedali psichiatrici già presenti, così da migliorare significativamente la condizione degli individui cinesi affetti da malattie mentali e/o da disabilità.

Venne posta l'enfasi, in occasione dell'attuazione del Piano, anche sulla capacità – e sul potenziale miglioramento – di individuazione e riconoscimento pubblico della malattia mentale, soprattutto nei casi di disturbi mentali più comuni quali demenza e depressione.³²

Due punti ulteriori su cui premeva l'agenda ideata nel Piano 2002-2010 riguardavano da un lato la consapevolezza della salute mentale da parte dei cittadini, portando a incrementare le richieste di aiuto e il supporto ricevuto anche incentivando la diffusione di conoscenze esatte, e dall'altro lato aprivano la via al processo di ideazione, sviluppo ed esecuzione della tutela della salute mentale in ambito legislativo.

3.2.2 La Proposta del 2004 come politica nazionale *de facto* sulla salute mentale cinese

Ad agosto del 2004, i Ministeri della Salute, della Giustizia, dell'Educazione, della Pubblica Sicurezza, degli Affari Civili, della Finanza e la Federazione Cinese di Persone Disabili approvarono congiuntamente la *Proposta di Rafforzamento Ulteriore del Lavoro sulla Salute Mentale* (关于进一步加强精神卫生工作的指导意见 *guanyu jinyibu jiaqiang jingshen weisheng gongzuo de zhidao yijian*), d'ora in avanti *Proposta*.

A tale *Proposta*, nel tempo e tramite la sua applicazione, verrà riconosciuto il ruolo come politica nazionale *de facto* sulla salute mentale in Cina.

Il contenuto della *Proposta* spaziava da temi ampi, come il trattamento e la riabilitazione dei disordini mentali presenti negli individui cinesi, a dibattiti più specifici ma non meno significativi, quali ad esempio le istruzioni – fornite esplicitamente – sugli interventi da attuare per cercare di risanare problemi psicologici e comportamentali di svariati gruppi (e sottogruppi) chiave della popolazione.

Nella *Proposta* si trovavano infatti indicazioni e differenziazioni su come intervenire quando si è davanti a bambini o ad adolescenti, come procedere quando a soffrire di disturbi mentali sono

³² Zhang et al (2019), Understanding the public's profile of mental health literacy in China: a nationwide survey. BMC Psychiatry, 19:20

donne, come comportarsi con gli anziani, che prassi seguire quando i soggetti sono vittime di catastrofi e sciagure di qualsivoglia natura.

La *Proposta* dava però spazio anche ad aspetti più ampi, quali l'importanza della ricerca scientifica da portare avanti nella sanità mentale, il monitoraggio e la sorveglianza dei numeri e delle tendenze che rappresentano l'incidenza di disordini mentali nel Paese, e non di meno conto si apre alla trattazione di come proteggere i diritti dei soggetti malati (mentali) e dell'importanza di farlo.

Sempre al 2004 risale l'inizio dell'azione cinese nel disporre misure di intervento psicologico, basate su ricerche teorico-pratiche, per arginare eventuali crisi.

In quell'anno, infatti, il governo cinese ha istituito delle linee guida per rafforzare azioni e iniziative a favore della salute mentale³³, e l'approccio interventistico contro le crisi psicologiche è stato efficace nell'arginare emergenze pubbliche di portata nazionale, anche negli anni seguenti (es. l'influenza A, l'epidemia di SARS scoppiata in Cina nel 2003, il disastroso terremoto di Wenchuan). Nel terzo capitolo si affronteranno nel dettaglio le misure adottate – con i successi e le problematiche insorte – in risposta alla crisi sanitaria derivata dalla diffusione di un nuovo coronavirus che ha colpito il mondo intero all'inizio del 2020.

3.2.3 Il Programma 686, l'ascesa degli ospedali *ankang* e la riforma sanitaria su larga scala

Come già illustrato in precedenza, nei primi anni del XXI secolo il complesso apparato della salute mentale veniva gestito alla stregua di uno dei tanti servizi forniti all'interno del sistema sanitario cinese. L'ospedale, dunque, era l'organo centrale del funzionamento di tali servizi ma era del tutto assente una continuità tra i trattamenti ospedalieri e i servizi comunitari, tanto che soltanto a chi poteva recarsi fisicamente in ospedale erano prestate le cure da parte dello staff medico operante al suo interno.

Un altro problema dei servizi di salute mentale era – a livello generale – la grave carenza di personale, e per di più tra chi vi lavorava vi erano prevalentemente medici e infermieri, provocando così una severa mancanza di eterogeneità nelle figure professionali impiegate, e necessarie ad un coordinamento e lavoro ottimale da parte del team ospedaliero.

Carente era anche il lavoro sul servizio di prevenzione e di accompagnamento nei processi di cura e guarigione dei pazienti, oltre che delle loro mutate necessità; il tutto si consumava in strutture

³³ 国务院办公厅转发卫生部等部门关于进一步加强精神卫生工作指导意见的通知_2004年第33号国务院公报_中国政府网. http://www.gov.cn/gongbao/content/2004/content_62998.htm

estremamente lacunose e dalle pessime condizioni, per le quali mancava un adeguato investimento di risorse fondamentali.

Il 2004, però, fu un anno che inciderà particolarmente sul progresso e sulle riforme – totali – apportate in Cina al sistema sanitario pubblico ma, soprattutto, sul ramo della sanità cinese che si occupa del benessere mentale dei suoi cittadini.

Complice anche l'occorrenza dell'epidemia di SARS nel 2003 a turbare l'equilibrio nazionale e a portare a galla le falle del sistema sanitario, il governo cinese ideò il progetto denominato «*Central Government Support for the Local Management and Treatment of Severe Mental Illnesses Project*» (《中央补助地方卫生经费重性精神疾病管理治疗项目》 *Zhongyan buzhu difang weisheng jingfei zhong xing jingshenjibing guanli zhiliao xiangmu*). I primi finanziamenti al progetto vennero erogati già nel 2004, e l'ammontare complessivo del contributo economico consisteva in 6,86 milioni di RMB (nel 2004 la cifra era equivalente a 829.000 dollari). Dalla cifra a disposizione del programma poi, venne coniato il termine «*Programma 686*» (《686》项目 *xiangmu*) (d'ora in avanti *Programma*), con il quale ci si riferisce ancora oggi al progetto, nonostante l'investimento economico complessivo abbia coinvolto una cifra di gran lunga superiore.

Il *Programma* nacque come impegno nazionale a ricostruire il proprio sistema sanitario dopo che questo venne travolto dall'epidemia di SARS, ma nel corso d'opera la portata del progetto si ampliò considerevolmente e divenne il più grande sforzo di ricerca e implementazione relativo alla salute mentale della Cina, oltre che un progetto dimostrativo unico da poter essere riadattato alle svariate criticità di altri sistemi sanitari nel mondo.

Gli obiettivi del progetto, difatti, si spostarono sul potenziamento considerevole della rete di servizi di salute mentale, della sua diffusione in tutto il Paese e sulla fornitura di assistenza completa e professionale a tutte le persone affette da gravi patologie mentali.

Il *Programma* si reggeva sulla necessità di integrare e coordinare i servizi forniti a livello ospedaliero e quelli di tipo comunitario, non solo perché rappresentava una delle problematiche in atto in Cina ma anche perché venne raccomandata dalla stessa OMS come metodologia ottimale da utilizzare per la salute mentale.

Il focus è stato dunque spostato dall'ospedale alla comunità; il *Programma* stabiliva un piano di intervento composto da una prima valutazione del paziente al momento della registrazione, veniva fornita medicazione gratuita e un servizio di follow-up regolare, in più venivano gestite le emergenze – individuali e comunitarie – anche con l'ospedalizzazione gratuita di emergenza, quando necessaria.

Oltre al richiamo alle indicazioni internazionali, però, il progetto e la sua organizzazione presentano delle caratteristiche importanti che ricalcano una peculiarità tutta cinese: la divisione del sistema in livelli e la presenza della supervisione del governo, la gestione del progetto da parte degli amministratori sanitari, l'assistenza ausiliaria fornita da altri dipartimenti a seconda delle necessità, l'erogazione dei servizi di base a livello urbano e rurale (con il supporto di riserva di specialisti psichiatrici).

In tutto il Paese il *Programma* si era occupato di distribuire siti dimostrativi nei quali mettere in funzione il progetto e dai quali ricavare dati e risultati per miglioramenti e ricerche future. Nel 2005 i siti attivi erano 60 e all'interno di ciascuno di essi vi risiedeva una popolazione (minima) di 400.000 abitanti; la portata complessiva degli individui coinvolti era di quasi 43 milioni, equivalente a circa 1/30 della popolazione cinese complessiva.³⁴

Nel 2008 il *Programma 686* è stato ritenuto sufficientemente maturo per essere ampliato e adottato su scala nazionale.

Alla fine del 2010 il sistema aveva registrato 280.000 persone affette da gravi malattie mentali, tra i pazienti registrati c'erano state 200.000 visite di follow-up, la medicazione gratuita era stata fornita 94.000 volte e 12.400 volte era stato fornito trattamento gratuito.³⁵

Per la fine di novembre 2011 questi servizi erano offerti in 766 comunità, appartenenti a 170 diverse municipalità.

Dal 2005 al 2011, l'investimento totale del governo sui servizi previsti nel *Programma 686* era stato di 280 milioni di RMB (equivalenti a 41 milioni di dollari nel 2009). Anche riguardo i pazienti assistiti i dati erano molto positivi: da gennaio 2006 ad aprile 2011, il tasso dei pazienti che avevano 'creato disturbi' era sceso drasticamente dal 4,8% allo 0,5% e il tasso di quelli che avevano 'provocato incidenti gravi' era passato dall'1,5% allo 0,0%.

Alla fine del 2011, la copertura sanitaria effettiva riguardava 319 milioni di individui (equivalenti al 30% della popolazione).³⁶

Tra i successi dell'attuazione del *Programma* vi sono i seguenti risultati:

³⁴ Ma H. (2012), Integration of hospital and community services—the '686 Project'—is a crucial component in the reform of China's mental health services. *Shanghai Arch Psychiatry*, 24(3): 172.

³⁵ Ma H, Liu J, Yu X. (2009), Important mental health policy documents and speeches in recent years in China. *Chin Ment Health J*; 23(12): 840-843.

³⁶ Ma H. (2012), Integration of hospital and community services—the '686 Project'—is a crucial component in the reform of China's mental health services. *Shanghai Arch Psychiatry*, 24(3): 173.

- ❖ ha aumentato l'accesso ai servizi per individui con patologie mentali gravi (il raggio medio di copertura di ciascun sito del servizio è passato dai 56 chilometri del 2005 ai 184 chilometri del 2011);³⁷
- ❖ ha promosso un approccio più completo e integrato al trattamento delle malattie mentali tramite gruppi di lavoro multifunzionali, dotati anche di materiali formativi e didattici. Ne risulta un sistema più centrato sul funzionamento che sui sintomi patologici, più attento a rafforzare i punti di forza dei pazienti piuttosto che le loro disabilità portando la guarigione e la riabilitazione al centro delle attività cliniche avviate;
- ❖ ha ampliato notevolmente il numero di esperti che offrono il loro servizio ai soggetti affetti da malattie mentali gravi (medici e amministratori ospedalieri, membri dei team di assistenza primaria, dirigenti e responsabili del Programma in tutto il Paese, ecc.) e ha istituito una standardizzazione nel trattamento delle situazioni di gravità, migliorando anche le competenze professionali dello staff medico. Alla fine del 2011, le sessioni di formazione avevano coinvolto complessivamente 382.000 individui, di cui: 180.953 operatori sanitari, 4.949 psichiatri (circa 1/3 di tutti gli psichiatri presenti nel Paese), 6.480 infermieri psichiatrici e, soprattutto, 169.524 professionisti non appartenenti al settore della salute mentale grazie ai quali la manodopera disponibile per fornire i servizi essenziali ai pazienti gravi è aumentata di 7 volte;³⁸
- ❖ ha aumentato la proporzione di pazienti che hanno mantenuto una stabilità (in condizioni base il 67,0% dei pazienti è rimasto stabile, senza ricadute o riacutizzazioni, per 5 o più anni, e alla fine del 2011 questa percentuale aveva raggiunto il 90,7%);³⁹
- ❖ ha permesso l'accesso alle cure anche a tutte quelle persone che non erano assistite e che nella maggioranza dei casi venivano gestite dai familiari e tenute all'interno della casa, alleviando significativamente il dolore e la sofferenza provati da entrambe le parti;
- ❖ ha creato una banca dati nazionale – in continuo aggiornamento – sugli individui affetti da patologie mentali gravi, arricchendo in questo modo gli strumenti da consultare nelle fasi di valutazione e sviluppo di politiche e servizi, vecchi e nuovi.

In generale, l'attuazione del *Programma 686* ha una connotazione storica perché demarca l'ingresso della tutela della salute mentale all'interno dell'assistenza primaria regolata dal sistema sanitario cinese.

³⁷ *Ibid.*

³⁸ *Ibid.*

³⁹ *Ibid.*

Questo implica una formazione necessaria per i medici di base e gli infermieri così che sappiano individuare e trattare i pazienti che presentano differenti patologie mentali, senza escludere i casi più gravi. L'assistenza primaria, dunque, permette di collegare gli ospedali provinciali e/o di distretto con le cliniche sanitarie presenti a livello di quartiere e/o di comune, raggiungendo anche chi si trova nei villaggi o nelle zone difficilmente servite.

Dalle innovazioni e dalla riforma del sistema attuate tramite il Programma 686 sono emersi di conseguenza anche progetti e cambiamenti secondari, a livello provinciale e a livello centrale, pur molto significativi per la strutturazione globale del sistema sanitario psichiatrico.

In primo luogo, è stata data la denominazione «progetto di sblocco» alle attività che si occupavano di portare al di fuori dell'ambiente familiare e casalingo la cura dei soggetti con patologie mentali gravi, da cui emergeva di frequente una realtà fatta di costrizioni e prigionia (spesso venivano rinchiusi e contenuti con corde o catene, a causa di manifestazioni violente contro i familiari o episodi di autolesionismo).

In secondo luogo, l'attuazione del *Programma* ha portato alla delineazione di tutta una serie di progetti e innovazioni impensabili fino a pochi anni prima. Tra gli altri, sono sorti dei progetti finalizzati all'allenamento delle *social skills*, dei programmi di psicoeducazione rivolti ai familiari dei malati, si sono ideati dei piani di intervento per la psicosi precoce e degli interventi di tipo psicosociale e comportamentale dedicati al recupero post-ospedaliero, e si sono progettati modelli e sistemi di concertazione (consultazione e collegamento) tra il governo e gli enti ospedalieri.

In terzo luogo, è stato largamente ampliato il range di utenti beneficiari dei servizi sanitari di tipo comunitario (e beneficiari del progetto stesso). I destinatari dei servizi, difatti, non sono più soltanto i pazienti con diagnosi di tipo psicotico ma si è aperta l'utenza ai pazienti anziani che soffrono di depressione o di malattie neurodegenerative (es. demenza), ai bambini per i quali sono stati avviati progetti di intervento scolastico, e a tutti coloro che necessitano di programmi di recupero dal consumo di droga.

Infine, il *Programma 686* ha creato un precedente nel modo di gestire la salute mentale e nel concentrarne gli obiettivi a livello di comunità. Dall'esperienza cinese, infatti, numerosi Paesi con simili necessità possono attingere per sviluppare interventi analoghi nell'efficientamento del proprio sistema sanitario.

L'attenzione portata sul settore mentale della sanità pubblica – anche da parte dei leaders cinesi – ha permesso di superare anche alcune delle difficoltà inizialmente incontrate dal *Programma 686*. Difatti, quello che nella fase iniziale poteva risultare carente era la quantità di studi a disposizione su cui basare le analisi e valutazioni e la relativa ampiezza del programma di implementazione

(sorto come misura di intervento agli effetti della SARS e sviluppato poi gradualmente).

L'evoluzione del *Programma*, invece, ha visto l'impegno e l'avvio di finanziamenti nel settore di ricerca I&D (Implementation & Dissemination), in particolare coinvolgendo il Centro di Salute Mentale di Shanghai e l'Istituto di Salute Mentale della Peking University.

In quest'ultimo, grazie al lavoro costante della Professoressa Hong Ma e del suo gruppo di ricerca, si sono svolti annualmente degli workshops focalizzati sulla «riabilitazione equilibrata» e che coinvolgono attivamente esperti e specialisti operanti nel settore della salute mentale, formandoli all'orientamento sul paziente e sul suo recupero dalla malattia (approccio *recovery-oriented*) e al potenziamento delle abilità e pratiche cliniche, sia individuali che condivise nel *Programma*, e nella necessità di mantenerlo continuamente aggiornato.

Tuttavia, il *Programma 686* non ha risanato tutte le difficoltà e le carenze presenti nell'assistenza sanitaria cinese. Molte sfide permangono e, in alcuni casi, restano ben saldi anche i cardini di una gestione e di sistemi fortemente tradizionali.

La forte pressione esercitata sui professionisti della salute mentale fa sì che siano sottoposti ad aggiornamenti e revisioni costanti e che conducano ricerche e studi in ambito psichiatrico; gli stessi, però, sono in numero estremamente ridotto e ancor più rari sono i sub-specialisti (es. in psichiatria pediatrica, geriatrica, ecc.), presenti solo all'interno di qualche centro accademico nelle grandi città.

Un altro problema consistente e gravoso è quello economico: l'assicurazione sanitaria e il *Programma 686*, ad esempio, prevedono alcuni sussidi per far fronte alle spese di medicazione e di ospedalizzazione; tuttavia, in moltissimi casi si rivelano insufficienti perché è frequente nelle famiglie un grave impoverimento, dovuto alla malattia mentale di uno dei suoi membri, che impedisce loro l'accesso alle cure necessarie.

Ad aggravare tale situazione è anche l'incidenza stessa dei disturbi: in un'analisi condotta già tra il 2001 e il 2005 in 4 diverse province della Cina era emerso che il 17,5% della popolazione adulta (di età uguale a o maggiore di 18 anni) soffriva di un qualche disturbo mentale. Una percentuale che, in un Paese densamente popolato come la Cina, corrispondeva a più di 173 milioni di individui affetti da disordini mentali.⁴⁰

Anche a livello globale la situazione non era particolarmente rosea, stando ai report pubblicati

⁴⁰ Phillips, M. R., Zhang, J., Shi, Q., Song, Z., Ding, Z., Pang, S., Li, X., Zhang, Y., & Wang, Z. (2009).

Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001–05: an epidemiological survey. *The Lancet*, 373(9680): 2041–2053.

periodicamente dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, i quali riportavano dati e al tempo stesso promuovevano e incentivavano le azioni e le misure necessarie ai vari governi affinché si potesse arginare questa emergenza diffusa.

Nel report del 2007 l'OMS aveva stimato che in tutto il mondo ci fossero ben 450 milioni di persone affette da disturbi mentali e/o comportamentali, e conseguentemente questo li rendeva una delle principali cause di malattie e disabilità riscontrate nella popolazione.⁴¹

Nel 2010, invece, il report aggiornato dell'OMS misurava al 12% l'incidenza dei disordini mentali nel carico complessivo globale di malattie. Secondo ulteriori stime la quota avrebbe raggiunto il 15% nel 2020.

Sono numeri che, sempre a livello globale, si trovano in linea con quanto accaduto fino a quel momento, e con il registrato aumento del 37% del carico complessivo relativo ai disordini mentali intercorso nel ventennio dal 1990 al 2010 nel mondo.⁴²

La stessa OMS ha redatto e diffuso il «*Piano di azione per la salute mentale 2013-2020*», sancendo il suo impegno volto a promuovere il benessere e l'importanza di una buona salute mentale e spendendosi a sostegno della prevenzione globale di patologie o disordini mentali.

Relativamente alla Cina, secondo le misurazioni condotte nel 2010 e pubblicate sulla rivista *The Lancet* (a conferma dei risultati dell'indagine condotta dal *Chinese Center for Disease Control and Prevention* nel 2007), il numero dei cinesi con una malattia mentale aveva oltrepassato la soglia dei 100 milioni di persone, delle quali circa 16 milioni riportavano gravità della patologia.

La situazione dell'assistenza sanitaria psichiatrica in questi anni di profondi cambiamenti sociali si rivela molto carente nel confronto numerico con le stime globali: difatti, se nel resto del mondo la media di psichiatri qualificati distribuiti all'interno della popolazione era di 4 professionisti ogni 100.000 abitanti, in Cina si attestava a 1,26 professionisti ogni 100.000 abitanti.⁴³

Questo evidente squilibrio e la carenza di personale apposito si scontrava con l'incremento dei casi di malattie mentali, dovuto anche ai cambiamenti sociali in atto nel periodo in esame.

Altre cause che compongono il problema delle cure mediche e dell'assistenza psichiatrica ai malati mentali in Cina sono inevitabilmente le pessime condizioni di vita nelle campagne e aree rurali, in

⁴¹ World Health Organization. (2007). 2007年世界卫生报告. 构建安全未来. 21世纪全球公共卫生安全.

⁴² Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C. J., & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904): 1575–1586.

⁴³ The Lancet. (2010). Psychiatric institutions in China. *The Lancet*, 376(9734): 2.

cui l'incidenza delle malattie mentali è di gran lunga superiore ai dati relativi alle aree urbane. In più, pur nelle aree del Paese in cui sono già presenti gli ospedali, questi si trovano impreparati nella gestione e presa in carico dei pazienti con malattie mentali, non hanno risorse né mezzi e impianti per poter svolgere il lavoro di assistenza e cura. Ne deriva che la gran parte dei potenziali utenti che hanno sintomatologie psichiatriche non abbiano mai ricevuto un trattamento per le proprie patologie, incrementando ulteriormente la stigmatizzazione degli individui che con estrema facilità e leggerezza si fa spazio in questo specifico ambito.

Un altro punto critico e pieno di controversie che riguarda questi ospedali è il ricovero forzato e l'ospedalizzazione usata a mo' di mezzo punitivo e/o rieducativo.

In termini più espliciti, occorre riportare come fosse usuale attribuire diagnosi non veritiere e somministrare farmaci non necessari nei confronti di molti manifestanti, dissidenti e individui che cercavano di esercitare la propria libertà di espressione. Accadeva anche che questi soggetti fossero ospedalizzati e istituzionalmente declassati senza la loro volontà da parte delle autorità locali, e che tra i trattamenti a loro riservati venisse ancora – come negli anni '80 sopra descritti – usata la pratica dell'elettroshock (TEC).

Tutto ciò, secondo testimonianze documentate⁴⁴, era attuato con lo scopo di mettere a tacere ciò che si discostava dalla linea ufficiale e consentita, tentando di eliminare le proteste e le insurrezioni.

Per citare un esempio concreto riportato nella rivista scientifica *The Lancet*, si raccontano le vicissitudini di un agricoltore quasi sessantenne che viveva nella provincia dello Henan e che aveva scelto di aiutare e sostenere un vicino di casa con disabilità riguardo una disputa territoriale che vedeva coinvolto quest'ultimo. L'agricoltore venne internato in una struttura psichiatrica – palesemente (egli) non presentava questa tipologia di disturbi – per ben 6 anni, finché il rilievo mediatico che fece seguito alla vicenda fu talmente rilevante che permise la liberazione dell'uomo e il licenziamento, poco consolatorio, delle autorità responsabili della sua reclusione.

Relativamente al sistema cinese di ospedali psichiatrici *ankang*, nel 2010 ve ne erano 22 in tutto il Paese, distribuiti in 18 province.

Dal 1998 al 2010 sono stati registrati 40.000 pazienti ammessi all'interno di ospedali mentali *ankang* in tutto il Paese, dei quali circa il 30% aveva commesso reati.⁴⁵

Nel 2010 lo stesso Ministro della Pubblica Sicurezza (allora era Meng Jianzhu 孟建柱, che ha ricoperto la carica dal 2007 al 2012) aveva dichiarato insufficiente il numero di questi ospedali

⁴⁴ The Lancet. (2010). Psychiatric institutions in China. *The Lancet*, 376(9734): 2.

⁴⁵ "Ministry Wants More Ankang Mental Hospitals" http://www.china.org.cn/china/2010-05/29/content_20143853.htm

psichiatriche, anche alla luce dei crescenti attacchi di tipo violento emersi in quegli anni da parte di pazienti con disturbi mentali. Secondo il Ministro, ciò rappresentava una minaccia alla sicurezza pubblica e all'ordine sociale, motivo per il quale proponeva di istituire almeno un ospedale *ankang* in ciascuna provincia del Paese. Alcune province, come quella dello Hubei e quella del Fujian, si erano già attivate per effettuare uno screening dei pazienti residenti nell'area che avevano al contempo una malattia mentale e l'inclinazione a una qualche forma di violenza.

Non era sufficiente però intervenire solo sulla quantità delle strutture, ma anche sulla qualità e sul rafforzamento dei criteri di ammissione dei pazienti. Tra le promesse del Ministro Meng Jianzhu, difatti, vi era quella di monitorare il processo di valutazione della malattia, controllandone anche le irregolarità e gli abusi.

Pur dalla scarsità di risorse si generavano problematiche legate alla gestione dei pazienti psichiatrici: per quanto spesso vi fosse un aiuto da parte di altre tipologie di strutture dedicate anch'esse alla salute mentale, la regolamentazione stabilita dalle autorità a livello nazionale autorizzava soltanto gli ospedali *ankang* alla cura e al trattamento obbligatorio – e senza consenso – dei pazienti violenti o che avevano commesso reati.⁴⁶

Sempre nel 2010, in occasione della Conferenza nazionale sulla gestione integrata della pubblica sicurezza tenutasi a Chengdu il 18 e 19 giugno, il Vice Ministro alla Sanità Yin Li 尹力 (che attualmente ricopre la carica di Segretario del Partito Comunista Cinese a Pechino ed è membro del Politburo del PCC) ha reso note le intenzioni del governo cinese relative alla riforma e all'ampliamento di 550 ospedali psichiatrici di tutto il Paese nei due anni seguenti. L'obiettivo di ciò, e il collegamento con la pubblica sicurezza, era quello di prevenire che i pazienti potessero 'nuocere' alla società nella sua interezza; inoltre questo ampliamento rappresentava una misura che auspicabilmente avrebbe potuto incrementare i tassi di recupero e guarigione di pazienti affetti da disturbi psichiatrici.

Il Programma di riforma in ambito medico della Cina, stando a quanto riportato dal Vice Ministro, promuoveva lo sviluppo di centri sanitari a livello di comunità – diffusi tanto nelle aree rurali quanto nelle città – e inseriva i pazienti con malattie mentali gravi all'interno dei servizi di sanità pubblica, di modo che in tutto il Paese si sarebbero ridotti i costi sanitari per molti pazienti bisognosi di cure psichiatriche.

Il Programma aveva portato anche all'attivazione di linee dirette di assistenza psicologica in 24 città cinesi, e da parte degli ospedali vi era l'impegno a sostenere i pazienti nella gestione della

⁴⁶ "Ministry Wants More Ankang Mental Hospitals - China.org.cn." - http://www.china.org.cn/china/2010-05/29/content_20143853.htm

pressione e del carico emotivo, tramite servizi di sostegno sociale e/o strettamente legati alla salute mentale.

Dalle autorità sanitarie, fino a questo momento, sono stati riportati 900.000 casi clinici gravi: a dimostrazione dell'impegno del governo nella gestione di questa importante fascia di pazienti, lo stesso Vice Ministro alla Sanità ha riportato dati sui 45.000 pazienti in condizioni di povertà che hanno ricevuto cure e trattamenti gratuiti, e sui 7.000 che hanno invece ricevuto ospedalizzazione gratuita.⁴⁷

3.2.4 L'emanazione della Legge sulla Salute Mentale della RPC e il Piano di Lavoro sulla Salute Mentale Nazionale 2015-2020

A sostegno e promozione della salute mentale e dei servizi connessi offerti dal governo, fecero seguito la prima Legge sulla Salute Mentale Nazionale (中华人民共和国精神卫生法 *Zhonghua renmin gongheguo jingshen weisheng fa*), approvata dal Congresso Nazionale del Popolo nel 2012⁴⁸, e il Piano di Lavoro sulla Salute Mentale Nazionale 2015-2020 (全国精神卫生工作规划 (2015—2020年) *Quanguo jingshen weisheng gongzuo guihua, 2015-2020 nian*)⁴⁹.

La Prima Legge sulla Salute Mentale della Repubblica Popolare Cinese è entrata in vigore l'1 maggio 2013. Ciò che questa Legge si pone come obiettivo è quello di promuovere la ricerca e lo sviluppo scientifici in questo settore, di istituire un sistema di servizi assistenziali di base per tutti e di tutelare i diritti e gli interessi di tutti coloro che soffrono di un disturbo mentale (art.1). Il principio cardine riconosce massima importanza alla prevenzione, grazie alla quale si possono offrire ai cittadini servizi integrati di trattamento e riabilitazione (artt. 2-3). La Legge condanna esplicitamente qualsiasi forma di stigmatizzazione, umiliazione, violenza (art. 9), abuso, limitazione, ecc. ai danni di qualsiasi individuo e della sua libertà, anche per quanto riguarda la narrazione di fatti di cronaca o di opere artistiche (art. 5), e chiama tutti gli attori (autorità, familiari, datori e colleghi di lavoro) a rispettare quanto stabilito e a svolgere il proprio ruolo nella cura e nell'assistenza alla persona con disabilità (art. 6).

⁴⁷ "China to Reform, Expand 550 Mental Hospitals" http://www.china.org.cn/china/2010-06/21/content_20308720.htm

⁴⁸ 中华人民共和国精神卫生法 http://www.gov.cn/jrzq/2012-10/26/content_2252122.htm

⁴⁹ 国务院办公厅关于转发卫生计生委等部门全国精神卫生工作规划（2015—2020年）的通知_政府信息公开专栏. http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-06/18/content_9860.htm

Per la prima volta si parla anche di dignità umana dei malati mentali e della sicurezza di loro stessi e dei loro averi, oltre a riconoscere i loro diritti quali il lavoro, l'educazione, i servizi medici e di welfare, così come il diritto alla privacy, che diventano tutelati legalmente (art. 4).

Dopo aver stabilito i doveri dei vari attori istituzionali, l'art. 16 è incentrato sul lavoro che spetta alle scuole. Difatti, viene previsto l'impiego di insegnanti esterni e specialisti per educare bambini e ragazzi al benessere psicologico e al suo mantenimento. Un sostegno psicologico e una conoscenza adeguata della salute mentale devono essere impiegati dagli insegnanti anche nelle specifiche occorrenze di disastri naturali, emergenze nazionali, incidenti e attacchi alla pubblica sicurezza (art. 16).

Lo stesso deve essere effettuato anche nelle carceri e nei luoghi di detenzione, così come nei centri terapeutici riabilitativi per chi ha dipendenze (art. 18).

Nel testo della Legge vengono coinvolti anche i media e tutte le società che si occupano dell'informazione, evidenziando l'importanza della loro voce nel promuovere concetti come il benessere psicologico e azioni come la diffusione di conoscenze sulla salute mentale, in sinergia con il lavoro dello Stato e delle famiglie (artt. 21-22).

La creazione di una rete di registrazione e sorveglianza dell'incidenza e delle caratteristiche dei disturbi mentali spetta ai dipartimenti sanitari amministrativi regolati dal Consiglio di Stato, che collaborano anche con altri dipartimenti e organizzazioni attivi nel lavoro di tutela della salute mentale (art. 24).

La Legge prosegue elencando i requisiti che devono possedere le strutture mediche che si occupano della cura dei soggetti con disturbi mentali, le condizioni che devono rispettare e le procedure da seguire. Inoltre, gli artt. 27-32 esprimono chiaramente il divieto di usare forza e/o costrizione nella detenzione e nell'effettuazione di esami clinici se contro la volontà dell'individuo (eccezion fatta per i casi in cui la legge lo consente, riportati nell'art. 30, ovvero se sussistono rischi per l'incolumità del soggetto stesso, degli altri e/o della società); e attesta che qualsiasi tipo di diagnosi deve essere effettuata da psichiatri abilitati e registrati (art. 29), escludendo dunque figure quali i counselors (art. 23) e chi è abilitato alla pratica della sola psicoterapia (art. 51).

Nei casi in cui i soggetti non abbiano familiari che possano assisterli anche nell'ospedalizzazione, la Legge dispone l'intervento di tutori, datori di lavoro, comitati di villaggio o di quartiere, ecc. (artt. 28, 36, 45, 49).

In aggiunta, l'utilizzo di operazioni chirurgiche, medicazioni, trattamenti sperimentali, ecc. sono espressamente vietati se ritenuti non rilevanti ai fini del trattamento e della riabilitazione del malato (artt. 41-43).

I capitoli 4-6 della Legge, infine, forniscono indicazioni circa le attività di riabilitazione, le azioni

che i vari dipartimenti – con ruoli diversi – devono attuare come implementazione alla Legge, e le responsabilità legali che entrano in gioco nello sviluppo di svariati scenari adeguatamente illustrati nel documento.⁵⁰

Le innovazioni apportate con questa Legge sono storiche, e mostrano l'azione che il Paese ha intrapreso per porre un freno alla problematica emergente e sempre più pericolosa, oltre che diffusa.

Nel 2014, infatti, in Cina erano registrati 4,3 milioni di individui affetti da una patologia mentale di grave entità.⁵¹

Una delle cause dello scarso o assente riconoscimento di malattie mentali (e di aspetti patologici legati alla salute mentale) negli individui era – ed è spesso ancora oggi – la considerazione dei sintomi come mancanze e deficit propri della persona, che si tramutano in scarso utilizzo delle strutture sanitarie predisposte (si crede che non se ne abbia bisogno) e dunque ritardano ulteriormente l'intervento specialistico e l'utilizzo, oltre che l'efficacia, di trattamenti medici.

Questa situazione è data anche da scarse conoscenze e consapevolezza sulla salute mentale, dal forte stigma connesso alle malattie mentali e dall'accettazione e interpretazione dei sintomi all'interno della cultura e della società, dai quali deriva una concezione semplicistica e molto spesso errata (es. malattia mentale come sintomo di stress o conseguenza di un'eccessiva quantità di pensieri).⁵²

Per comprendere quanto queste misure siano significative in un Paese come la Cina, basti pensare allo squilibrio enorme che vi è tra le risorse investite nella gestione e nella cura delle malattie somatiche (quota prevalente all'interno del bilancio sanitario) e il budget destinato alla cura e al trattamento delle malattie e disturbi mentali, misurato in una quantità inferiore all'1% delle spese sanitarie totali.⁵³

⁵⁰ 中华人民共和国精神卫生法 http://www.gov.cn/jrzq/2012-10/26/content_2252122.htm

⁵¹ 国务院办公厅关于转发卫生计生委等部门全国精神卫生工作规划（2015—2020年）的通知_政府信息公开专栏. http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-06/18/content_9860.htm

⁵² Huang, D., Yang, L.H. & Pescosolido, B.A. (2019) Understanding the public's profile of mental health literacy in China: a nationwide study. *BMC Psychiatry* 19,20: 6.

⁵³ Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C. J., & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904): 1575–1586.

L'altra misura di rilievo è il Piano Nazionale per la Salute Mentale 2015-2020⁵⁴. Nel Piano sono stati riportati dati sui lavoratori in ambito della salute mentale in Cina relativamente al 2015: 27.733 psichiatri abilitati, 57.591 infermieri/e psichiatrici e più di 5.000 psicoterapeuti, operanti in 1.650 centri specializzati per la salute mentale e una capienza di 228.000 posti letto per pazienti psichiatrici.

Tra gli obiettivi da raggiungere con l'attuazione del Piano, in termini numerici, vi erano l'aumento degli psichiatri abilitati a 40.000 unità, dislocandone un quantitativo minimo di 3,8 psichiatri per ogni 100.000 abitanti nelle aree orientali e almeno 2,8 psichiatri per ogni 100.000 abitanti nelle aree centrali e occidentali. Relativamente alle contee e ai distretti, più del 70% di questi avevano l'obbligo di istituire servizi pubblici di tipo comunitario per la riabilitazione e il trattamento degli abitanti affetti da disturbi mentali, coprendo almeno il 50% della richiesta assistenziale di questi ultimi. Inoltre, il Piano predisponeva la diffusione pubblica dei numeri relativi all'incidenza dei disturbi mentali gravi, disponendo la supervisione per almeno l'80% dei pazienti con queste caratteristiche e permettere il trattamento all'80% o più dei pazienti con disturbi schizofrenici. Il trattamento per la depressione, invece, sarebbe dovuto incrementare del 50%, aumentando anche le capacità e funzionalità delle strutture sanitarie nell'identificazione e nel riconoscimento della patologia.

Infine, il Piano si occupa del tessuto sociale che circonda le malattie mentali. Predispose difatti l'incremento della consapevolezza e della conoscenza del benessere psicologico (in senso ampio): entro il 2020, consapevolezza e conoscenza dovranno appartenere al 70% dei residenti urbani, al 50% di chi vive nelle aree rurali, e dovrà insediarsi nelle scuole raggiungendo l'80% degli studenti cinesi.⁵⁵

Alla fine del 2017 – anno in cui era previsto una valutazione di medio termine del Piano da parte della Commissione per la Salute e la Pianificazione Familiare (国家卫生计生委 *guojia weisheng jishengwei*) (sezione E) – i dati riportavano una crescita fino a 33.400 psichiatri abilitati, e anche i numeri relativi ad altre figure del campo sanitario (es. counsellors psicologici, assistenti sociali,

⁵⁴ 国家卫生健康委办公厅关于印发新型冠状病毒肺炎防控方案（第五版）的通知 <http://www.nhc.gov.cn/jkj/s3577/202002/a5d6f7b8c48c451c87dba14889b30147.shtml>

⁵⁵ 《全国精神卫生工作规划（2015-2020年）》解读_政策法规解读_政策_中国政府网 http://www.gov.cn/zhengce/2015-06/18/content_2881440.htm

psicoterapeuti) hanno continuato a salire di anno in anno.⁵⁶

Ciononostante, per quanto possano sembrare numeri grandi, rapportandoli al contesto e alla densità demografica della Cina ci accorgiamo di quanto siano, in realtà, ancora insufficienti per rispondere al bisogno di tutti gli individui che necessitano di supporto e intervento a tutela della loro salute mentale.

⁵⁶ 对十三届全国人大一次会议第4637号建议的答复 <http://www.nhc.gov.cn/wjw/jiany/201901/0035ad011f8a40a6860112e99fbc48d9.shtml>

4. L'IMPATTO DELLA PANDEMIA SULLA SALUTE MENTALE NAZIONALE

4.1 SARS-COV-2 IN CINA E LE RICADUTE SU SOCIETÀ E POPOLAZIONE

4.1.1 Lo scoppio dei casi e la grandezza delle perdite

Il virus SARS-CoV-2 è stato individuato per la prima volta nel dicembre 2019 a Wuhan (Cina), quando un aumento progressivo di casi anomali di polmonite all'interno della popolazione cinese ha generato un campanello d'allarme.

Alla fine dello stesso mese, tra il 27 e il 29, i medici operanti a Wuhan hanno reso noto alle autorità cinesi competenti in materia (ovvero il Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie della zona Jianghan, presso le commissioni di sanità di Wuhan e della provincia dello Hubei 湖北省、武汉市卫健委疾控处 *Hubeisheng, Wuhanshi weijiangwei jikongchu*) il sospetto che dietro le infezioni anomale registrate nel Paese ci fosse un virus molto simile a quello della SARS, che aveva colpito la Cina e il resto del mondo nel 2002.

Alcuni giorni dopo, il 31 dicembre 2019, le stesse autorità cinesi hanno riferito all'OMS della diffusione di una polmonite ancora sconosciuta.⁵⁷

Già dal giorno seguente a questo comunicato, le autorità cinesi hanno disposto la chiusura e disinfestazione di quello che veniva ritratto come il luogo di origine del virus individuato nei primi casi, ovvero il mercato del pesce di Huanan, a Wuhan (武汉华南海鲜批发市场 *Wuhan Huanan haixian pifa shichang*).

Il 6 gennaio 2020, dopo aver condotto delle analisi più approfondite e mentre si continuavano a registrare nuovi casi sempre in aumento, il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie cinese (Ccdc, 中国疾病预防控制中心 *Zhongguo jibing yufang kongzhi zhongxin*) ha proclamato il 2° livello di risposta all'emergenza sanitaria in atto. Tale livello, poi, è stato aumentato al massimo grado già dal 15 gennaio.⁵⁸

Lo stesso Ccdc il 7 gennaio ha identificato e isolato il ceppo del virus, denominato SARS-CoV-2.

⁵⁷ WHO (2020), Pneumonia of unknown cause – China. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON229>.

⁵⁸ Il Piano Nazionale per l'emergenza sanitaria e la Legge sulla prevenzione e il trattamento delle malattie infettive permettono al Consiglio di Stato di dividere l'emergenza in 4 livelli di gravità. Il livello 1 (molto grave) rappresenta il massimo grado e prevede la coordinazione e direzione dei lavori da parte del Consiglio di Stato.

Fuori dalla città di Wuhan (e dalla provincia dello Hubei), il 1° caso clinico di Covid-19 è stato trovato a Shenzhen (provincia del Guangdong) l'11 gennaio 2020.

Dopo questo evento e dalla metà ca. di gennaio l'andamento dell'emergenza ha subito una consistente accelerata, arrivando in pochissimo tempo ad una condizione estremamente caotica e pericolosa.

In questa occorrenza primitiva del virus le misure di contrasto alla situazione di emergenza non erano coordinate né riguardavano tutti i territori. Il governo locale di Wuhan ha stabilito delle misure che potessero arginare o rallentare in qualche maniera l'aggravamento della situazione, nonostante questi interventi - che hanno inevitabilmente creato uno stato di allarme - verranno poi accusati di troppa negligenza e sottovalutazione della potenziale gravità del virus.

Un evento specifico riconducibile a queste accuse di negligenza mosse a posteriori al governo è costituito dall'occorrenza del Capodanno lunare, svoltosi regolarmente senza che venissero adottate delle misure speciali e adeguate alla situazione di emergenza in cui verteva il Paese. Molte famiglie e intere comunità hanno partecipato alle tradizionali celebrazioni del Capodanno nella seconda metà di gennaio, provocando dunque uno spostamento ingente di persone in tutta la Cina e, di conseguenza, innumerevoli canali di diffusione e trasmissione del virus, ancora sconosciuto ma estremamente contagioso.

Cronologicamente, il 18 gennaio è stato inviato a Wuhan uno dei maggiori esperti nazionali di epidemiologia e pneumologia, il Professor Zhong Nanshan, il quale dopo aver osservato in prima linea i pazienti che hanno contratto il virus ha affermato la possibilità che tale virus potesse trasmettersi da uomo a uomo.

La risposta del governo centrale è stata immediata: il Presidente Xi Jinping ha sollecitato l'adozione di massima prudenza e impegno volti ad arrestare la diffusione del virus, tanto che dal Partito Comunista Cinese (PCC) si sono levate anche minacce di persecuzione verso tutti i funzionari locali che non avessero riferito la realtà dei fatti e che non avessero prestato il servizio alla Nazione nella lotta comune al nuovo virus.

Insieme all'obiettivo condiviso della lotta al virus, infatti, nelle mire del Partito vi erano anche delle verifiche di carattere disciplinare a carico dei funzionari locali sospettati di adottare condotte arbitrarie e/o accusati di errori, inefficienze, ritardi, omissioni, ecc. nella risposta all'emergenza.

Dall'esito di questi controlli sono poi derivate delle conseguenze, spesso equivalenti al licenziamento - o dimissione non spontanea - e/o a sanzionatura.

Il caso più noto e che è fin da subito giunto ai notiziari occidentali è quello che vede protagonista il dottor Li Wenliang.

L'accusa mossa contro il dottor Li era quella di aver condiviso, con i propri amici e familiari tramite canali social, delle notizie e degli avvisi riguardanti la diffusione di un virus pericoloso. Tali fatti per giunta risalivano a dicembre 2019, precedenti alla 'scoperta' ufficiale del virus e all'inizio della trattazione da parte delle autorità. Per rispondere di queste accuse, il dottor Li era stato convocato dalla polizia il primo gennaio 2020 e aveva dovuto sottoscrivere una lettera di rimprovero (训诫书 *xunjieshu*) in cui si ammoniva per aver diffuso delle notizie 'false e infondate', rivelatesi invece vere con il tempo.

Lo stesso Li sarà una delle vittime - tra il 6 e 7 febbraio - che la diffusione e il contagio del virus SARS-CoV-2 hanno provocato, in Cina e nel mondo. In merito a questa vicenda, la Commissione nazionale di supervisione - autorizzata dal Comitato centrale del Pcc - provvederà ad inviare il 7 febbraio un gruppo d'indagine a Wuhan per tentare di far luce sull'episodio che fa ombra sull'intero Paese e ha attratto anche lo sguardo del resto del mondo.

Il rapporto emesso dal gruppo d'indagine a seguito del controllo riporta delle «procedure irregolari» di applicazione della legge da parte della polizia di Wuhan, la quale avrebbe «impartito istruzioni improprie»⁵⁹.

Poco dopo, al vice capo della stazione di polizia chiamata in causa è arrivata una nota di demerito e a un altro ufficiale è toccato un richiamo. La settimana seguente sono stati rimossi dal proprio ruolo sia il Segretario del Partito Comunista di Wuhan, Ma Guoqiang, sia il Segretario del Partito Comunista dello Hubei, Jiang Chaoliang.⁶⁰

Riprendendo le misure adottate dal governo in risposta all'emergenza sanitaria, il 20 gennaio sono stati istituiti dei gruppi di intervento tanto a livello locale che a livello nazionale.

A livello locale, il *Gruppo per la risposta epidemica* di Wuhan ha fatto da apripista (seguito poi da altre località), occupandosi dell'adozione e attuazione delle misure ritenute più idonee a seconda del livello e della zona di competenza.

A livello centrale, invece, è stato creato il *Gruppo centrale per la risposta epidemica*, che si occupava di produrre delle normative *ad hoc* con l'evolversi della situazione e di dirigere a livello generale le attività già decise e quelle da intraprendere. Alla guida del *Gruppo centrale per la risposta epidemica* vi era il Primo Ministro, Li Keqiang (李克强), che operava sotto la supervisione del Comitato

⁵⁹ 关于群众反映的涉及李文亮医生有关情况调查的通报 https://www.ccdi.gov.cn/toutiao/202003/t20200319_213880.html

⁶⁰ 武汉市公安局对李文亮被训诫案责任人作出处理 https://www.ccdi.gov.cn/yaowen/202003/t20200319_213897.html

Permanente dell'ufficio politico del PCC.

La situazione nazionale al 20 gennaio non era per nulla rassicurante, al punto che la National Health Commission (Nhc) aveva incluso il virus SARS-CoV-2 tra le malattie di categoria B⁶¹, valutandone elevate la gravità e la contagiosità (riferimento all'art.38 della Legge sulla prevenzione e il trattamento delle malattie infettive).

Per arginare il potenziale acceleramento della diffusione dei contagi al rientro lavorativo dopo le vacanze del Capodanno lunare, il governo cinese ha messo in atto quella che poi verrà riconosciuta come l'impronta della propria strategia. Nella notte tra il 22 e 23 gennaio, il governo ha avviato quello che sarà il primo di una lunga serie di lockdown a cui verrà sottoposta la popolazione cinese.

La misura prevedeva la messa in quarantena dell'intera città di Wuhan (popolazione superiore agli 11 milioni di abitanti), successivamente estesa all'intera provincia dello Hubei. È stata imposta la chiusura forzata dei negozi e di tutte le attività industriali, sono stati interdetti tutti gli spostamenti dentro e fuori la città e bloccati tutti i mezzi di trasporto (aerei, treni, autobus, metropolitana cittadina, ecc.), inoltre sono state estese le ferie di Capodanno proprio per evitare il rientro alle attività quotidiane.

Durante la stessa giornata le medesime misure restrittive verranno adottate anche nella città di Huanggang, distante ca. 70 chilometri da Wuhan e con una popolazione di 7 milioni di abitanti. Il 25 gennaio, un totale di 31 tra province, municipalità e regioni autonome della Cina (copertura complessiva superiore a 1,3 miliardi di abitanti) avevano instaurato misure di intervento di primo livello da adottare in caso di emergenze maggiori inerenti la sanità pubblica nazionale⁶².

Nel contempo, i numeri della crisi sanitaria in corso erano in costante aumento. Al 27 gennaio, nella Repubblica Popolare Cinese si contavano almeno 80 decessi provocati dalla contrazione del virus SARS-CoV-2 e un numero di casi confermati di infezione superiore ai 2.700 individui. In questi giorni concitati, gli esperti e i ricercatori di tutto il mondo si concentravano sullo studio della trasmissibilità dell'infezione tra individui e un indicatore di particolare rilievo era R_0 ,

⁶¹ Riferimento all'art.38 della Legge sulla prevenzione delle malattie infettive, la quale dispone per le polmoniti anomale infettive di categoria B l'adozione delle misure di contenimento e di intervento previste per la categoria A (misure più rigide; prevede anche l'intervento coercitivo delle forze dell'ordine quando le misure previste non sono rispettate).

⁶² The Beijing News, *Emergency response was activated in 31 provinces*, 2020 <http://www.bjnews.com.cn/feature/2020/01/28/680524.html>

‘numero di riproduzione di base’, ovvero il numero medio di infezioni secondarie che possono derivare dalla trasmissione del virus da parte di ciascun paziente infetto. Tale indicatore, però, varia considerevolmente durante l’andamento dell’epidemia e presenta stime molto differenti anche tra diverse aree.

Le stime pubblicate dall’OMS nella serata del 27 gennaio riportavano il valore di R_0 stimato tra 1,4 e 2,5.

Il significato di queste stime vede un rapporto diretto tra l’aumento dell’indice R_0 e la maggiore velocità di trasmissione del virus. L’obiettivo, dunque, è quello di mantenere l’indice R_0 inferiore a 1 e riuscire così a contenere la diffusione del patogeno.

È importante però evidenziare le imprecisioni che possono essere correlate a questa misurazione, dovute alla potenziale carenza di dati e/o a differenze sostanziali nel calcolo degli stessi.

In un giorno, dal 27 al 28 gennaio, i casi confermati di infezione in Cina sono aumentati fino a quota 4.515 abitanti, con oltre 100 decessi, secondo quanto riportato dal Ccdc (Chinese Center of Disease Control and Prevention). Quello che alcuni studiosi (es. l’epidemiologa Raina MacIntyre dell’University of New South Wales di Sydney) lamentavano era l’incompletezza dei dati rilasciati dalle autorità cinesi: mentre i dati resi noti indicavano il numero dei casi riportati di infezione, agli studiosi serviva maggiormente identificare e conoscere il momento in cui il paziente si ammala. Un’altra difficoltà emersa era data dalla presenza di pazienti infetti ma asintomatici, riscontrata per primo in uno dei bambini coinvolti nello studio di una famiglia di Shenzhen (cluster di cinque pazienti infetti). La presenza di casi asintomatici, infatti, renderebbe molto più difficoltosa l’identificazione e la tracciabilità del virus, oltre a facilitare l’eventualità in cui la malattia diventi endemica. Questo implicherebbe una circolazione continua del patogeno, l’impossibilità di debellarlo e, come per l’influenza, causerebbe decessi ogni anno.

Sempre il 27 gennaio il governo cinese ha deciso di estendere all’intero Paese le misure adottate per contenere l’emergenza sanitaria pubblica, ormai di elevata gravità. Tutti gli abitanti della Cina, dunque, sono stati sottoposti a restrizioni sui propri movimenti, al monitoraggio delle proprie condizioni sanitarie, all’adozione di precauzioni per la prevenzione del contagio, alla diagnostica e cura dei pazienti infetti, oltre che al mantenimento del distanziamento sociale gli uni con gli altri.⁶³ Tre giorni dopo, ormai per l’OMS non era più possibile confutare ciò che incombeva sulla popolazione globale: il 30 gennaio 2020 il Covid-19 è stato riconosciuto come un’emergenza

⁶³ *Ibid.*

sanitaria di livello mondiale.⁶⁴ Si tratta della sesta emergenza che colpisce la salute pubblica internazionale, preceduta soltanto - cronologicamente - dall'H1N1 (2009), dalla polio (2014), dall'Ebola in Africa occidentale (2014), dalla Zika (2016) e dall'Ebola nella Repubblica Democratica del Congo (2019). La denominazione di PHEIC (Public Health Emergency of International Concern), infatti, viene riconosciuta soltanto nell'occorrenza di eventi che mettono in serio rischio molteplici Paesi e che richiedono un lavoro e un intervento internazionale congiunto.

Il direttore generale dell'OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, in questa circostanza ha elogiato l'operato cinese nella gestione dell'epidemia e ha richiesto al resto del mondo di non attuare restrizioni di tipo discriminatorio ai viaggi e al commercio internazionale e verso la Cina, definendo il momento attuale come «della solidarietà, non della discriminazione».

Nonostante in quel momento ci fossero rilevazioni di individui colpiti dal virus SARS-CoV-2 in 18 Paesi, circa il 99% di questi (7.736 su un totale di 7.818 casi) erano interni alla Repubblica Popolare Cinese. Inoltre, il numero dei casi era in aumento costante e anche la Nhc (National Health Commission of China) è intervenuta: il 2 febbraio ha diffuso un avviso riguardante l'istituzione di servizi di assistenza psicologica per contrastare l'epidemia e, il 7 febbraio, ha diffuso le linee guida relative alla gestione di questo tipo di servizi rivolti al benessere mentale della popolazione, colpita duramente dal virus SARS-CoV-2.

Intanto il numero di individui infetti in Cina aveva superato quota 20.000, con un aumento superiore ai 3.000 casi in un singolo giorno (4 febbraio).

Il 7 febbraio i casi positivi erano più di 31.000 e anticipavano al superamento dei 900 decessi nella sola Cina: è estremamente significativo in quanto sanciva ulteriormente la gravità del virus, che al 10 febbraio 2020 aveva già superato la quantità di decessi causati a livello globale dalla precedente epidemia di SARS avvenuta nel 2003 (totale di 744 decessi).

Nello stesso giorno occorre un altro evento significativo: venne presentato il lavoro di ricerca condotto da Shen Yongyi e Xiao Lihua, ricercatori della South China Agricultural University di Guangzhou, i quali tramite una comparazione genetica dei coronavirus che colpiscono gli animali e quello rilevato negli individui infetti hanno identificato i pangolini (mammiferi che trovano impiego nella medicina cinese tradizionale) come probabile fonte originaria di trasmissione del nuovo coronavirus, rinominato nCoV-2019.

Fino a quel momento si erano intercorse varie teorie sull'origine del nuovo coronavirus ed era elemento acceso di dibattito anche tra i ricercatori, i quali suggerivano i pipistrelli come animali

⁶⁴ World Health Organization, *Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)*, 2020.

responsabili della trasmissione del coronavirus all'uomo.

La situazione era allarmante in tutto il mondo, con un numero complessivo di casi riscontrati superiore a 43.000.

Per quanto concerne i nuovi casi giornalieri, invece, una diminuzione aveva riguardato la Cina durante la seconda settimana di febbraio 2020 e un contrapposto aumento vertiginoso dei nuovi casi giornalieri aveva toccato il resto del mondo, in particolare tra il 10 e l'11 febbraio.

Sempre l'11 febbraio dalla direttrice scientifica dell'OMS a Ginevra, Soumya Swaminathan, è arrivata una nuova denominazione ufficiale della malattia provocata dal virus n-CoV-2019: COVID-19, a indicare '*coronavirus disease in 2019*'.

Poco dopo il gruppo di studio sui coronavirus (CSG) della Commissione Internazionale per la Tassonomia dei Virus ha denominato ufficialmente il virus SARS-CoV-2 (*severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*), stabilendo una familiarità con i virus della famiglia dei Coronaviridae.⁶⁵ Questa denominazione, però, non ha trovato sostegno da parte cinese per diverse ragioni. Il virologo Shibo Jiang della Fudan University di Shanghai temeva il rischio che con la nuova denominazione SARS-CoV-2 si sottovalutasse la potenziale pericolosità e l'incertezza correlate all'attuale virus, considerandolo erroneamente alla stregua del virus SARS-CoV diffusi nel 2003. Altri ricercatori, come Guo Deyin della Sun Yat-sen University di Guangzhou temevano che questa denominazione provocasse danni tanto economici quanto sociali alla Cina, diffondendo il panico e causando perdite economiche ingenti, dovute all'associazione tra la situazione attuale e le cattive memorie inerenti il Paese durante la SARS.

Un ulteriore momento di shock e paura, tra i ricercatori e non, avvenne il 12 febbraio, quando la sola provincia dell'Hubei riportò 13.000 nuovi casi giornalieri, equivalente ad un incremento di infezioni del 33% avvenuto da un giorno all'altro. Tuttavia, il motivo dietro questo picco spaventoso era un cambiamento all'interno delle modalità di misurazione e diagnosi dei nuovi casi di pazienti infetti da Covid-19. Il conteggio dei casi non avveniva più esclusivamente tramite l'effettuazione di test genetici - che richiedevano anche alcuni giorni per essere analizzati - ma poteva essere effettuato anche sulla base dei risultati di ecografie toraciche.

⁶⁵ Gorbalenya, A. E., Baker, S. C., Baric, R. S., de Groot, R. J., Drosten, C., Gulyaeva, A. A., Haagmans, B. L., Lauber, C., Leontovich, A. M., Neuman, B. W., Penzar, D., Perlman, S., Poon, L. L. M., Samborskiy, D., Sidorov, I. A., Sola, I., & Ziebuhr, J. (2020). Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: The species and its viruses – a statement of the Coronavirus Study Group. <https://doi.org/10.1101/2020.02.07.937862>.

La nuova misurazione era stata attuata e introdotta dall'esperto Wu Zunyou, epidemiologo a capo del Chinese Center for Disease Control and Prevention, dietro richiesta dei medici e specialisti dell'Hubei sopraffatti dalle richieste di cure e dall'incidenza di malattie respiratorie nei pazienti. Velocizzare il processo di diagnostica dell'infezione, infatti, avrebbe permesso ai medici di provvedere tempestivamente ai bisogni di tutti i malati e di individuare rapidamente i casi infetti così da disporre nell'immediato il loro isolamento e proteggere le vite di tutti.

La nuova misurazione era stata trasmessa a tutta la provincia tramite l'aggiornamento delle linee guida da parte del governo, ma rimaneva limitata soltanto all'Hubei in quanto, in assenza di sovraffollamento degli ospedali e picco dei casi, nelle altre 30 province colpite dal virus si poteva proseguire con i test clinici e gli esami standard di laboratorio.

L'11 febbraio, per la prima volta dallo scoppio della pandemia, le autorità cinesi (il Cdc) hanno diffuso informazioni relative alla diffusione dei casi all'interno del personale medico: 1.716 operatori sanitari erano risultati positivi al virus e 5 di questi erano deceduti.⁶⁶ Tra questi, oltre al dottor Li Wenliang precedentemente citato, anche il dottor Liu Zhiming, direttore dello Wuhan Wuchang Hospital.

Lo stesso documento diffuso dal Cdc assegnava il picco dei contagi tra il 23 e il 26 gennaio e, considerata anche la riduzione tra i nuovi casi accertati in laboratorio, decretava ormai superato il picco dell'epidemia.

L'OMS, tuttavia, consigliava cautela nell'osservare l'andamento dei contagi, anche alla luce dei dubbi manifestati dalla comunità scientifica internazionale riguardo le modalità di misurazione cinese dei nuovi casi, le quali non tenevano in considerazione gli individui positivi ma asintomatici, risultando in una misurazione parziale e sottostimata.

Al 25 febbraio 2020, la Nhc dichiarava 78.064 casi di positività confermati nella Repubblica Popolare Cinese, con 2.715 decessi registrati.⁶⁷

Il 28 febbraio la stessa OMS ha rilasciato una dichiarazione conclusiva della visita condotta dal 16 al 24 febbraio da alcuni esperti nei siti maggiormente colpiti dall'epidemia in Cina. Quello a cui l'OMS plaude è lo «sforzo» attuato per il contenimento della malattia definendolo «il più agile, ambizioso e aggressivo della storia». Il report continuava confermando la diminuzione dei casi

⁶⁶ 中国疾病预防控制中心新型冠状病毒肺炎应急响应机制流行病学组. 新型冠状病毒肺炎流行病学特征分析 [J]. 中华流行病学杂志, 2020, 41 (02): 145-151.

⁶⁷ 全力做好新型冠状病毒感染疫情防控工作. 截至2月25日24时新型冠状病毒肺炎疫情最新情况. 中华人民共和国国家卫生健康委员会, 2020 <http://www.nhc.gov.cn/xcs/yqtb/202002/741ce06130284a77bfbf699483c0fb60.shtml>

all'interno della Cina, al punto che gli stessi medici e ricercatori stavano avendo difficoltà a reperire partecipanti per gli oltre 80 test clinici avviati per testare e scoprire nuove modalità di trattamento al Covid-19.

I risultati delle indagini condotte in Cina sembravano scongiurare una mutazione del virus prendendo la forma di altre varianti, in quanto riportavano una analogia del 99,9% nei 104 ceppi analizzati tra dicembre 2019 e la metà di febbraio 2020. La maggioranza dei casi di trasmissione era avvenuta in luoghi in cui gli individui erano sottoposti a stretto contatto, come ospedali, prigioni o ambienti familiari (in cui avevano una possibilità del 3-10% di contagiarsi).

Il report dell'OMS concludeva con un ulteriore plauso all'operato cinese: nominava la velocità con cui 1.800 squadre di epidemiologi avevano tracciato decine di migliaia di individui che erano entrati in contatto con casi positivi nella provincia dell'Hubei, la rapidità con cui i contatti risultati positivi (5%) erano stati diagnosticati, ed elogiava anche l'enorme ruolo del lockdown che ha imposto agli abitanti dell'Hubei il divieto di uscire dalla provincia e ha permesso così di contenere il contagio all'interno della popolazione cinese.

La situazione in Cina è rientrata velocemente e si è stabilizzata nelle settimane seguenti, tanto che le autorità già dal 10 marzo disponevano, nelle province a basso rischio di contagio, la ripresa graduale delle attività precedentemente interdette.

Il 16 marzo l'OMS ha nuovamente riportato dati provenienti dalla Repubblica Popolare Cinese: per la prima volta dall'insorgenza dell'epidemia, il numero di decessi derivanti dal Covid-19 avvenuti in RPC erano inferiori al numero di decessi provenienti complessivamente dal resto del mondo. Dei 179.112 casi accertati di contagio totali, 81.116 erano stati registrati in Cina; dei 7.426 decessi provocati dal virus SARS-CoV-2 nel mondo, 3.231 appartenevano alla Cina.

Comparando i singoli Paesi, occorrerà attendere soltanto fino al 19 marzo affinché i decessi registrati in Italia superino quelli cinesi, mentre il 27 marzo anche i casi di infezione confermati negli Stati Uniti effettueranno questo 'sorpasso'.

Anche il 18 marzo 2020 è una data estremamente significativa per il Paese, in quanto per la prima volta dallo scoppio della pandemia (dicembre 2019) la Nhc ha dichiarato l'assenza di nuovi casi giornalieri registrati nella provincia dell'Hubei. Anche nel resto della Cina i numeri erano molto bassi (39 nuovi casi giornalieri, 13 decessi al 18 marzo), soprattutto se si considera la situazione drammatica che imperversava nel Paese fino a poco tempo prima (oltre 67.000 infetti e più di 3.000 decessi dall'inizio fino a questo momento).

La stabilità di questo successo (1 solo nuovo caso registrato nella provincia dell'Hubei tra il 18 e il 24 marzo) farà decidere alle autorità cinesi la cessazione del lockdown che ha colpito la provincia e

dal 25 marzo ripristineranno la possibilità di spostarsi e viaggiare dentro e fuori l'area. Treni, aerei e strade verranno riaperti in tutto l'Hubei, ad eccezione di Wuhan che rimarrà la città epicentro della pandemia. Dall'8 aprile verrà concessa la possibilità di entrare e uscire anche a Wuhan, dopo essersi sottoposti obbligatoriamente a un test antigenico che riportasse un esito negativo.

Lo stesso comunicato aggiungeva altre informazioni riguardo la riapertura graduale che potevano intraprendere imprese e attività, pur adeguandosi alle misure di prevenzione necessarie per impedire la trasmissione del virus. Le scuole, le università e gli asili, invece, resteranno chiusi nell'attesa di ricevere valutazioni scientifiche riguardo il controllo della situazione epidemica.⁶⁸

Difatti, un'analisi realizzata (poi rivista il 27 marzo) su un campione di individui di Shenzhen, ha posto l'attenzione su una questione che ha coinvolto un dibattito internazionale, tra ricercatori e non. Lo studio ricavava delle informazioni riguardo la trasmissibilità del Covid-19 nei bambini e la loro reazione al virus ed emergeva che, sebbene i bambini avessero la stessa probabilità degli adulti di contrarre l'infezione, sembravano sviluppare sintomi più lievi.

Nello studio guidato dagli epidemiologi Justin Lessler, Qifang Bi (entrambi Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health in Baltimore, Maryland), Ting Ma (Harbin Institute of Technology in Shenzhen) e Tiejian Feng (Shenzhen Center for Disease Control and Prevention) erano stati analizzati 391 individui che avevano ricevuto una diagnosi di positività al virus SARS-CoV-2 e 1.286 loro contatti stretti per valutare la positività di questo secondo gruppo.

Dallo studio emergeva che il 7-8% dei contatti stretti aveva mostrato di aver contratto l'infezione, con una probabilità sei volte maggiore tra individui che avevano avuto contatti all'interno del nucleo familiare rispetto ai contatti avvenuti in altri ambienti. In tutto ciò, non era emersa alcuna differenza sulla base dell'età degli individui, con la stessa probabilità di contagio tra bambini (anche minori di 10 anni) e adulti appartenenti a qualsiasi coorte di età.⁶⁹

Intanto, ad aprile del 2020, i leader delle maggiori istituzioni psichiatriche della Cina e del Canada si erano riuniti in un meeting per condividere esperienze e conoscenze utili a gestire e contrastare l'epidemia di Covid-19. Il titolo scelto per il meeting, svoltosi online, era «Le sfide del sistema di salute mentale durante la pandemia da Covid-19», e vennero invitati anche gli psichiatri impegnati in prima linea a Wuhan nella lotta al nuovo Coronavirus.

⁶⁸ 湖北省新型冠状病毒感染肺炎疫情防控指挥部通告 (2020) http://www.hubei.gov.cn/zhuanti/2020/gzxxgzbd/zxtb/202003/t20200324_2189256.shtml

⁶⁹ Bi et al. (2020), Epidemiology and transmission of COVID-19 in Shenzhen, China: Analysis of 391 cases and 1286 of their close contacts. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(8) : P911-919

Nonostante la Cina stesse gradualmente uscendo dall'emergenza che l'aveva colpita nei primi mesi del 2020, la situazione nel resto del mondo non era per niente rosea (il 2 aprile si contavano più di 1 milione di casi nel mondo) e occorreva mantenere alta l'attenzione, anche prevenendo il cosiddetto 'contagio di ritorno' che da altri Paesi poteva rientrare in Cina.

Mentre sempre più città all'interno del Paese ritornavano lentamente alla normalità, le autorità decidevano di ridurre ulteriormente i voli internazionali, fino a sospendere del tutto la possibilità di fare ingresso in Cina ai cittadini stranieri. La decisione, risalente al 28 marzo, sarebbe dovuta essere temporanea ma resterà in vigore per molto tempo e i confini cinesi verranno riaperti soltanto l'8 gennaio 2023.

4.1.2 La politica «zero Covid-19» come risposta alla pandemia

La politica adottata dal governo di Pechino puntava a ridurre, fino alla rimozione totale, la pandemia generata dalla diffusione del virus SARS-CoV-2. Per far ciò, poneva al primo posto i numeri, rappresentativi dei casi contagiati e deceduti, e il loro azzeramento. Zero contagi equivarrebbe a zero errori, dando ampio risalto all'efficacia delle misure cinesi e decretandone anche la superiorità sulle altre strategie adottate nel resto del mondo (che causerebbero numeri molto più elevati). Da qui la denominazione di una «politica zero Covid-19» (《动态清零》政策 «*dongtai qingling*» zhengce).

La *politica*, negli anni, è diventata un elemento altamente rappresentativo del governo centrale e, in maniera ancora maggiore, della leadership e dell'ideologia del Presidente Xi Jinping.

Lo stesso Presidente Xi che dal principio rimarcava la lotta al Covid-19 come necessità e obbligo della Cina di «opporsi risolutamente al pensiero sbagliato di coesistere con Covid-19», e affermava un principio indistinto in cui dovevano essere poste «prima le persone, prima la vita».

La politica zero Covid-19 è stata attuata in Cina fin dall'insorgenza dei primi casi di malattia nel 2020. Tuttavia, è apparsa latente e non al centro dell'opinione pubblica - né internazionale né interno al Paese - in quanto la diffusione dei contagi era sufficientemente contenuta e, ad esclusione delle proibizioni agli spostamenti dovuti alla chiusura totale delle frontiere, per la popolazione cinese non vi erano particolari stravolgimenti all'interno della loro vita e delle abitudini quotidiane.

Difatti, le misure previste nel piano anti-Covid (es. lockdown e quarantena focalizzati sulle aree di contagio, isolamento per soggetti infetti, ecc.) entravano in vigore soltanto all'occorrenza di nuovi individui contagiati. Il 10 marzo 2020, quando in Cina si stavano smantellando gli ospedali

temporanei costruiti fulmineamente per ospitare i pazienti contagiati dal virus e il resto del mondo era piegato dalla pandemia, il Presidente Xi Jinping ha visitato la città di Wuhan e ha dichiarato ufficialmente «vinta la prima battaglia contro il demone del coronavirus».

Il giorno seguente, l'11 marzo, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha riconosciuto e dichiarato il Covid-19 una pandemia.

Il governo cinese, dal canto suo, ha lodato e difeso la 'propria' strategia «zero Covid-19» anche tramite la propaganda mediatica e giornalistica.

Il Quotidiano del Popolo (人民日报 *renmin ribao*) ad aprile 2022 titolava «La persistenza è vittoria», facendo riferimento esplicito nel corso del quotidiano alla strategia «zero Covid-19» (ripetuta 8 volte) e a come essa fosse 'dinamica' e rappresentasse il modello corretto per affrontare la situazione pandemica.

Lo slogan utilizzato non è - volutamente - né nuovo né neutro. Verrà ripreso anche direttamente dal Comitato Permanente del Politburo in seguito alla riunione straordinaria organizzata l'8 maggio per far fronte all'emergenza Covid-19 e anche alla luce delle prime proteste mosse dai cittadini cinesi. «La persistenza è vittoria» è una citazione diretta del Grande Timoniere Mao Zedong, risalente già ai tempi della guerra civile tra comunisti e nazionalisti e ripresa durante la Rivoluzione Culturale. Un ulteriore chiaro esempio e inequivocabile messaggio della leadership costruita da Xi Jinping, della collocazione della stessa strategia zero Covid-19 all'interno dell'ideologia del Presidente della Repubblica Popolare Cinese, non solo leader del Partito Comunista ma anche (auto)eletto a 'nuovo timoniere' della Nazione.

Non meno propagandistica l'agenzia di stampa *Xinhua* che, nello stesso periodo, pubblicava un articolo a difesa di una strategia severa e stringente, estremamente precisa e scientifica, e del mantenimento delle restrizioni. Le motivazioni espresse nell'articolo riguardavano alcuni dei problemi più significativi per la tenuta sociale del Paese, quali la debolezza del sistema sanitario cinese (e il rischio di collasso che provocherebbe un contagio di massa all'interno della popolazione) e l'elevato invecchiamento della popolazione. La posta in gioco è alta e l'agenzia di stampa cinese fa appello ai cittadini cinesi di «superare l'autocompiacimento», per evitare una disastrosa conta dei morti e per favorire la ripresa della produzione e dell'economia cinesi.

Lo stesso Ma Xiaowei, direttore della Nhc, lodava l'operato del Presidente Xi - che aveva preso la guida dell'emergenza e fornito una importante guida in ogni momento critico - e ribadiva che qualsiasi rilassamento della strategia e dell'attenzione avrebbe causato danni enormi.

Il 5 maggio 2022 lo stesso Presidente Xi Jinping è tornato a ribadire l'efficacia e la validità della politica zero-Covid in occasione di una riunione del Comitato permanente del Politburo. Il

messaggio riaffermava l'adesione incondizionata alla politica e la lotta risoluta e ferma contro qualsiasi teoria e tentativo che screditasse, respingesse o alterasse la politica cinese di lotta al Covid-19.

Il governo doveva mostrarsi risoluto nel mantenere un equilibrio in cui coincidessero lo sviluppo economico e la padronanza del Covid-19, per giunta in un momento non semplice (per il Paese): Shanghai stava attraversando una grande crisi, sia economica che sociale, e Pechino soffriva l'aumento delle restrizioni, sempre più serrate, volte a scongiurare la trasmissione del virus. Inoltre, non si poteva sottovalutare l'effetto disastroso che la scarsità di risorse mediche e l'elevata quota di anziani all'interno della popolazione avrebbero potuto provocare in Cina. Ad Hong Kong, in cui solo $\frac{1}{3}$ della popolazione ultraottantenne era stata completamente vaccinata, si è registrato uno dei tassi più alti di mortalità dovuta alla variante Omicron, e il 90% delle vittime non aveva completato il ciclo di vaccinazione.

Le statistiche della Nhc non erano per nulla rassicuranti: a inizio marzo (2022) una quota inferiore al 40% degli individui ultrasessantenni aveva ricevuto la dose booster del vaccino. Il 29 aprile lo stesso indicatore è salito al 59%.

Gli esperti erano indubbiamente concordi sull'insufficienza di queste percentuali, le quali rivelavano dei tassi di vaccinazione ancora troppo ridotti, soprattutto per i soggetti anziani e maggiormente a rischio.

Liang Wannian, che dirigeva il panel di esperti interno alla Nhc che si occupava della risposta al Covid-19, aveva ribadito come la protezione della salute e delle vite dei cittadini cinesi passasse necessariamente per un incremento sostanziale e rafforzativo del processo di vaccinazione (compreso il booster), prima per gli anziani e da estendere anche a tutto il resto della popolazione. Questa si rivelava una condizione necessaria da raggiungere anche in ottica di intraprendere il processo di riapertura del Paese, in una cornice internazionale che si mostrava molto più preparata e reattiva su questo aspetto (in Giappone l'80% degli individui con più di 65 anni aveva ricevuto un ciclo completo di vaccinazione; a Singapore l'87% della popolazione ultrasettantenne era vaccinata).

La politica di Pechino, invece, continuava a prevedere restrizioni e isolamenti focalizzati nei luoghi di contagio o di probabile diffusione dello stesso, al punto da scoraggiare i cinesi ad affrontare viaggi all'estero e a muoversi soltanto in casi di comprovata necessità e urgenza (studio, lavoro, salute). Dietro queste scelte l'idea e/o convinzione che, a riportare il virus e tutto ciò che ne consegue in Cina, siano stati gli scambi (di persone e oggetti) con l'estero.

Gli epidemiologi, nonostante i casi superiori ai 500 registrati a Pechino tra il 22 aprile e il 5 maggio 2022, tentavano ancora di ritrarre una situazione mantenuta sotto controllo. Tuttavia, il governo ha accentuato le misure antiviruses, anche con la sospensione o la deviazione di molte tratte di linea del trasporto pubblico, ha imposto alle grandi aziende di ridurre almeno della metà l'accesso ai propri uffici e ha richiesto ai residenti del distretto di Chaoyang (più popoloso e più colpito tra i distretti della capitale) di lavorare dalle proprie abitazioni e, solo in casi strettamente necessari, di spostarsi autonomamente con i propri mezzi.

In alcuni casi particolari e per specifici mezzi di trasporto (es. trasporto di risorse mediche, beni di prima necessità quotidiani, materiali indispensabili ad industrie con importanza strategica) le autorità hanno permesso la circolazione e il rilascio di pass di colore verde per l'accesso alle varie aree.

L'1 giugno la città di Shanghai ha finalmente decretato la fine del lockdown severissimo imposto agli abitanti per due mesi (61 giorni) e ha ripristinato i servizi pubblici (es. trasporti) e disposto il ripristino dell'operatività per le aziende (senza più bisogno che fossero nella *'white list'*).

Circa 22 milioni di abitanti sono potuti uscire dai compound in cui erano stati isolati e, purché in possesso di un test antigenico con esito negativo (solo 15 soggetti sono risultati positivi tra il 31 maggio e l'1 giugno), sono potuti rientrare alla propria quotidianità.

Dopo questa riapertura e risveglio da una realtà che appariva distopica (con condizioni igieniche preoccupanti e carenza di medicinali e cibo), gli abitanti di Shanghai temevano l'imposizione di ulteriori restrizioni e lockdown generalizzati, considerata anche la presenza - seppur sporadica e in apparenza senza sintomi - di soggetti positivi al Covid-19. Più di metà dei residenti a Shanghai, dunque, ha deciso di sottoporsi volontariamente a test antigenici che potessero decretare l'assenza di infezione e fungere da lasciapassare per uscire dal Paese ed evitare il rischio di doversi sottoporre nuovamente a isolamento e proibizioni. Una fuga di massa, dunque, desiderata e intentata tanto da residenti di origine straniera che da cinesi stessi, e che già ad aprile era divenuta nota al punto da coniare un nuovo termine sui social cinesi: 润学 *rùnxué*, tradotto in inglese come *'runology'* (accentuato utilizzo anche dopo la fuga del 14 aprile, di notte e di nascosto, dalla Cina del vicepresidente del settore tecnologico di Alibaba, Jia Yangqing), che ritraeva una situazione cinese insolita e fomentava il desiderio di evasione di chi cercava un'alternativa alla risposta cinese all'epidemia e alla convivenza con il Covid-19.

La tecnologia ha avuto un ruolo di rilievo nelle misure ideate e adottate da Pechino. Primo fra tutti, il contact tracing e l'adozione di un sistema regolato da QR code e riconoscimento facciale.

Il QR code, chiamato tecnicamente «*green code*», era indispensabile per accedere ai servizi e ai mezzi pubblici. Il possesso del codice sanitario verde, «green» appunto, permetteva l'accesso a luoghi e spazi, al contrario se il codice si presentava di colore rosso veniva interdetta la possibilità di spostarsi o di raggiungere qualsiasi luogo.

Cani robot e droni erano impiegati su larga scala come sentinelle incaricate di far rispettare le misure anti-Covid dai cittadini cinesi e di controllare, oltre che mantenere, l'ordine nelle città. Ai tir era interdetto l'ingresso in città e il 90% dei camion era fuori uso, dunque i maggiori colossi e piattaforme digitali cinesi (Alibaba, JD.com, Yto Express) si erano attrezzati con robot e veicoli automatici che fossero in grado di consegnare beni di prima necessità anche nelle zone residenziali più remote e meno accessibili.

Queste misure, già dall'inizio della pandemia, erano sembrate piuttosto invasive, soprattutto se tale sistema di tracciamento sanitario veniva esteso (come pare sia accaduto) anche ad ambiti e sorveglianza che esulano da quello strettamente sanitario e di risposta all'emergenza pandemica. Il caso è arrivato anche alle penne delle testate giornalistiche statali, e il potenziale utilizzo di app sanitarie per fini diversi da quelli medici è stato commentato - e criticato - anche dal Global Times e dal Quotidiano del Popolo.

La stessa tecnologia, però, è diventata anche uno strumento di protesta da parte dei cittadini cinesi contro il governo stesso e le misure attuate, alle quali le autorità di Pechino hanno sempre risposto con l'utilizzo della censura.

Questi aspetti, però, seppur di estrema importanza, li lasceremo da parte nel proseguire con il presente lavoro, limitandoci al risvolto prettamente sanitario.

4.1.3 Malcontenti e dubbi sull'efficacia delle misure adottate

Come anticipato in precedenza, in risposta alla pandemia di Covid-19 sono state create delle linee di assistenza telefonica e numeri di emergenza ad hoc per fornire supporto di counseling e sostegno psicologico. Questi strumenti sono stati messi a disposizione di tutta la collettività e hanno acquisito rapidamente importanza e rilievo nell'affrontare la questione psicologica in atto.

Nonostante l'istituzione di queste misure, permangono problematiche e lacune nell'organizzazione e gestione di questi interventi psicologici mirati. Tre sono quelle più rilevanti e severe: mancano interconnessione e cooperazione tra gli istituti di cura della salute mentale e i servizi sanitari della

comunità; non basta stabilire misure e piani di intervento soltanto a livello teorico senza disporre l'attuazione e implementazione a livello pratico, oltre che a coprire il Paese in maniera omogenea; non c'è abbastanza personale, e istituire gruppi di intervento psicologico con professionisti sanitari esperti diventa improponibile in numerose zone della Cina.

Per quanto concerne il primo punto, in molte province e città della Cina l'interazione tra gli istituti di cura e i servizi sanitari di comunità è stata interrotta. Ne derivano non pochi disagi per i cittadini e in particolar modo per la salute mentale di quei pazienti colpiti dall'epidemia. Difatti, dopo aver ricevuto una diagnosi e valutazione del loro stato di salute mentale, questi non possono venire assegnati al dipartimento o all'equipe più adatta ed esperta per lo specifico trattamento richiesto, causando carenza di trattamenti adeguati e di tempestività e correttezza nelle cure. Inoltre, una volta avvenuta la remissione dell'infezione virale, gli stessi pazienti non possono essere trasferiti dall'ospedale agli appositi istituti e centri di comunità che offrono un servizio di assistenza e trattamento psicologico continuativi per accompagnare gradualmente i degenti dell'ospedale al rientro a casa e alla ripresa di tutte le attività quotidiane.

In merito alla seconda problematica esposta, si registra la mancanza di un sistema di gestione universale - e di un'organizzazione autorevole che lo regoli - da adottare omogeneamente in caso di situazioni di emergenza sanitaria, coprendo anche differenti regioni e dipartimenti subordinati. Senza di esso, infatti, non vi è comunicazione tra i diversi attori degli interventi (es. dipartimenti medici), i quali tentano di arginare la crisi istituendo in autonomia delle misure di intervento psicologico, con il risultato tradotto disastrosamente in spreco di preziose risorse per l'assistenza e cura mentali, ritardo nelle diagnosi e assenza di tempestività nelle cure a scapito dei pazienti, e controlli di follow-up scarsi e inadeguati per effettuare valutazioni dello stato di salute e/o monitorare il trattamento terapeutico.

Infine, la penuria di personale medico-sanitario specializzato e il conseguente impedimento a formare gruppi di esperti al lavoro sull'intervento psicologico provocano deficit nell'efficacia stessa dell'intervento.

Il carico di lavoro che pesa eccessivamente su pochi professionisti è causa di questa inefficacia, così come lo sono i - pochi - gruppi creatisi, formati da qualche infermiere, counselors, volontari o insegnanti specializzati in psicologia e affini, in cui è evidente e rilevante l'assenza di professionisti psicologi e psichiatri con esperienza e competenze.

4.1.4 Le conseguenze sociali del lockdown e quelle economiche dell'isolamento nazionale

Il Covid-19, come tutte le pandemie, ha un impatto anche sociale: attorno a una patologia sconosciuta e contagiosa, che provoca morti e che non è controllabile neanche dai medici più esperti, è facile che prevalga il panico. Insieme ad esso si sviluppano la stigmatizzazione della malattia e delle persone colpite, l'isolamento individuale e anche quello sociale come comunità, aprendo ad una tendenza non ancora conclusa che porta l'individuo a non coltivare rapporti interpersonali, a preferire trascorrere il tempo in casa piuttosto che fuori, allo scegliere di stare in compagnia con sé stessi invece che con gli altri, per paura dell'eventualità del contagio e nella convinzione di tutelare il proprio stato di salute. Ma, se l'isolamento e la distanza mantenuta dai coetanei possono avere alcuni benefici per contrastare la diffusione del virus e tenerci fisicamente lontani dallo stato di malattia, la nostra salute mentale è invece fortemente a rischio, in molti casi addirittura compromessa ben prima che questo arrivi alla nostra consapevolezza.

Anche l'isterismo collettivo di cui siamo stati testimoni e spesso partecipanti attivi, rivolto tanto all'accumulare scorte eccezionali di cibo quanto al fare incetta di medicinali e tutto ciò che potesse permetterci di mantenere invariati i ritmi di vita in giornate del tutto estranee alla quotidianità, è una manifestazione o un effetto collaterale dell'impatto che questa pandemia ha avuto e sta avendo sulla nostra psiche.

A risentire della pandemia (e di tutto ciò che ne deriva) in maniera maggiore, però, sono coloro che già prima dell'arrivo del virus facevano i conti con la propria malattia mentale, così come i medici, gli infermieri, gli operatori sanitari tutti che hanno operato negli ospedali e nei laboratori per contenere il contagio e prestare cure e assistenza a chi è risultato infetto, ugualmente agli operatori sociali e ai volontari che hanno contribuito nella propria misura ad affrontare un evento mondiale così impattante.

Altrettanto indispensabile il ruolo degli psichiatri, i quali possono e devono fornire un valido supporto emotivo e psicologico, volto al ripristino del benessere di individui e famiglie e in contrasto ai sentimenti di ansia e apprensione generati dalla non-conoscenza della pandemia. È compito degli esperti e dei professionisti sanitari, infatti, ristabilire in primis la fiducia nella scienza da parte dei cittadini e, conseguentemente, diffondere notizie e buone pratiche da adottare nella convivenza con l'epidemia di Covid-19. Anch'essi però, per poter svolgere questo compito e dovere al meglio, necessitano di una formazione e sensibilizzazione in merito alla sanità mentale che è indispensabile anche per ottenere risultati e prestazioni sanitarie adeguate. In Cina si è in parte provveduto a ciò con l'istituzione di servizi psicologici sia in rete che in loco, tuttavia (come

la letteratura più recente dice⁷⁰) non è sufficiente per arginare la carenza riscontrata nei numeri e nelle possibilità dei sanitari che operano direttamente in questi servizi.

C'è una generale diffusione di panico e ansia che va di pari passo con la diffusione del Covid-19, a maggior ragione perché in questo momento è ancora relativa a una malattia contagiosa ma soprattutto sconosciuta (elemento che provoca una paura maggiore nella popolazione). A ciò non ha giovato la descrizione ripetuta del virus SARS-CoV-2 come 'virus killer', al contrario ha perpetrato nella popolazione e negli operatori sanitari un senso di ansia e di incertezza in forte crescita.

I problemi derivati dall'emergenza pandemica sono molteplici: le ingenti perdite economiche, le proibizioni e/o restrizioni applicate ai viaggi e agli spostamenti, l'obbligo di misure restrittive di isolamento e il malessere che ne deriva, il persistente e continuo screening e misurazione dei parametri obbligatori per qualsiasi luogo, attività, soggetto. In aggiunta, tutto ciò è aggravato dalla disinformazione che dilaga in maniera indisturbata e contribuisce ad alterare ancora di più l'equilibrio già estremamente precario di chi sta vivendo questa realtà con insicurezza, paura e ansia diffuse.

Il termine che in inglese è usato per descrivere questo fenomeno è «*misinfodemics*», ed è particolarmente calzante anche per descrivere la situazione derivata dalla diffusione del Covid-19.

Ad esempio, per aiutare lo staff sanitario nel tracciamento e nel monitoraggio dei contagi, così come degli spostamenti dei pazienti positivi o dei possibili percorsi di diffusione del virus, chi ha avuto o sospetta dei contatti con individui positivi al Covid-19 può auto-segnalare la propria condizione nei siti e nelle piattaforme preposte online.

Gli stessi istituti territoriali di salute mentale, insieme con i governi locali, hanno esteso anche online i loro servizi di intervento in occorrenza di crisi ed emergenze, istituendo anche linee telefoniche dirette e dedicate attive 24 ore su 24. In questi progetti sono stati coinvolti consulenti psicologici che posseggono una formazione per intervenire in caso di crisi e, di estrema importanza, l'accesso a questi servizi è reso gratuito per chiunque ne abbia bisogno e ne faccia richiesta.

In occasione dell'emergenza pandemica, app cinesi (es. WeChat) hanno ampliato le loro funzioni e i loro servizi aggiungendo la possibilità di svolgere consulenze sanitarie o check-up e monitoraggi

⁷⁰ Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X., Wang, J., & Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4): 15-16.

interamente online, mentre svariate società di internet hanno ideato dei servizi di videoconferenza (es. Dingtalk) utilizzati dagli ospedali offrendo così prestazioni sanitarie virtuali.

A tutto ciò si aggiunge un fattore di primo piano assoluto all'interno di un Paese quale la Repubblica Popolare Cinese: il risvolto economico.

Già nella fase di lockdown e secondo le prime stime effettuate dagli analisti all'inizio di giugno la situazione non appare rosea. Le restrizioni e l'isolamento totale di interi poli economici, quali la città di Shanghai, avrà inevitabili ricadute sull'economia e sul sistema finanziario nazionale, provocando perdite ingenti e disastrose. Gli effetti, sul breve e lungo periodo, sono da osservare e tale situazione potrebbe avere risvolti anche politici, con perdita di credibilità e consensi alla leadership alla guida del Paese e aprendo un'incognita pericolosa alla reazione dell'opinione pubblica.

Per la città di Pechino, invece, le prospettive appaiono diverse, avendo attuato misure sicuramente stringenti ma meno prolungate rispetto a quelle di Shanghai.

Le attività ristorative della capitale sono state costrette a sospendere il servizio nei locali anche durante le celebrazioni per la Festa del lavoro (*May Day*), con una vendita del 12,3% in meno rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Alcuni ristoranti hanno registrato un calo degli ordini del 40% rispetto ai loro trend abituali, e alcuni hanno scelto di spostare i loro servizi online. Supermercati come *Beijing Lotus Market*, *Chaoshifa* e *Jingkelong* hanno registrato grazie alla vendita online una crescita media del 20% nei volumi di vendita, mentre centri commerciali come *Hopson One* hanno registrato un aumento degli ordini del 50% rispetto ai periodi senza restrizioni né contagi.

Anche i test di massa, realizzati in maniera massiccia nella capitale e diffusi anche nel resto del Paese come 'lasciapassare' per accedere ai servizi e ai luoghi pubblici in assenza di vaccini o farmaci efficaci contro l'infezione. L'esecuzione di test acido-nucleici sulla popolazione (alla quale sono stati forniti gratuitamente) ha inciso considerevolmente nelle spese della capitale, come riferito anche a *Global Times* dall'ex vice-direttore della *Beijing Economic Operation Association*, Tian Yun, e dall'economista della *Peking University* Cao Heping.

Non solo: i ricercatori della *Soochow Securities* (东吴证券 *Dōng wú zhèngquàn*), società cinese che opera nel settore della sicurezza, hanno valutato in oltre 174,6 miliardi di yuan RMB (circa 26 miliardi di dollari USA a giugno 2022) la spesa che la Cina ha effettuato, tra aprile e giugno 2022, per l'impiego di più di 10,8 miliardi di test acido-nucleici. Un risultato sconcertante, limitato per giunta a tre sole mensilità, e ancor più impattante se contestualizzato: si tratta di un valore

economico superiore al Pil annuo della Cambogia e dell'Islanda.⁷¹

Anche le aziende e gli investitori presenti in Cina sono stati colpiti duramente dalle misure intraprese dal governo e dallo scoppio improvviso dell'emergenza pandemica, come riporta la società di ricerca Preqin.

Stando a quanto riportato, i fondi di venture capital raccolti per la Cina sono stati nettamente inferiori rispetto a quelli dell'anno precedente, e di questo ne hanno risentito i colossi digitali cinesi: se nel 2021 i fondi di venture capital (dovuto alle restrizioni per la pandemia ma anche alle restrizioni che il governo impone al settore privato) erano stati equivalenti a 27,2 miliardi di dollari, quelli raccolti per il 2022 erano 'solo' 2,1 miliardi (di dollari).

L'amministratore delegato di Alibaba, Daniel Zhang, ha riferito come le chiusure imposte dal governo abbiano ostacolato tanto la logistica della produzione quanto le catene di approvvigionamento. Inoltre, la domanda di beni non essenziali da parte dei consumatori si è inevitabilmente ridotta, provocando contrazioni nei ricavi aziendali.

Altri colossi stanno riducendo significativamente il proprio personale: Bilibili, piattaforma video, ha iniziato da maggio 2022 a licenziare il 20% circa del proprio personale; anche Tencent di Pony Ma ha ridotto in egual misura il suo staff, in particolare nel settore gaming, che pur essendo il settore di punta dell'azienda ha registrato il peggior semestre dal 2004 (quando l'azienda si è quotata in borsa di Hong Kong); l'amministratore delegato di JD.com, invece, oltre a riferire di una riduzione del personale tra il 20% e il 40% all'interno dell'azienda, ha paragonato i danni provocati dalla pandemia nel 2022 con quelli riscontrati nei due anni precedenti - quando la situazione in Cina non era così drammatica e il contagio così diffuso - e ha riconosciuto che, se nel 2020 le aziende hanno giovato dello spostamento dei consumi dei cinesi verso l'online, il 2022 si è rivelato un anno disastroso sia per l'e-commerce che per le vendite offline.

Come a Wuhan, così in altre città della Cina è stato avviato un sistema di servizi sanitari inerenti la salute mentale, fruibili virtualmente dai pazienti psichiatrici. Questa soluzione è sorta al problema dell'isolamento e della chiusura di servizi e trasporti durante le fasi più acute e contagiose dell'epidemia, ma si è rivelata una mossa utile a tamponare i disagi sanitari creati dall'emergenza in atto.

⁷¹ South China Morning Post, *Cost of 11 billion Covid tests in three months gives China's economy a jolt.*

13/06/2022, <https://www.scmp.com/economy/china-economy/article/3181548/china-gdp-nearly-11-billion-covid-tests-seen-giving-economy>.

Purtroppo però, nel caso degli anziani soprattutto, ci sono non poche difficoltà nell'accesso a internet o nell'utilizzo dello smartphone, per cui la porzione di utenti anziani che possono giovare del servizio online si riduce considerevolmente.

L'emergenza sanitaria, per quanto distruttiva, di certo ha avuto il ruolo di mettere in luce i punti deboli del sistema sanitario nazionale e di suggerire un grande lavoro da svolgere per ripristinare un servizio sanitario efficiente, di qualità e adeguato per la popolazione in stato di bisogno.⁷²

Il governo locale di Wuhan ha implementato alcune misure per tutelare la salute mentale degli operatori sanitari coinvolti in prima linea nella lotta contro il Covid-19. A questo proposito si è parlato di un «ombrello protettivo» all'interno del quale, tra le altre cose, è stabilito che lo staff medico che ha contratto l'infezione da Covid-19 durante il suo lavoro si vedrà riconosciuta la malattia per infortuni avvenuti sul lavoro.⁷³

Sempre a Wuhan, i maggiori ospedali hanno istituito un sistema di turnazione per gestire il lavoro del personale medico impegnato in prima linea contro la lotta al Covid-19, di modo che ciò permettesse loro di alternare le grandi responsabilità e pressioni dell'incarico e anche di riposare, con un beneficio non solo per loro ma anche per i pazienti e per i cittadini tutti, che avrebbero giovato di una task force sanitaria non indebolita dall'emergenza pandemica. Altra modalità per ridurre la pressione sul personale sanitario al lavoro contro il virus è stata l'introduzione di piattaforme online riguardanti consigli di tipo medico e sanitario, per istruire le persone e condividere informazioni utili a ridurre o eliminare il rischio di contagio e trasmissione del virus tra le stesse all'interno di ambienti sanitari.

Sempre per quanto riguarda la città di Wuhan, il Renmin Hospital dell'Università di Wuhan e il Centro di Salute Mentale hanno riunito quattro teams di esperti in diversi ambiti medici per fornire supporto, psicologico e non, al personale sanitario impegnato in prima linea.

Il «*psychosocial response team*», composto da manager e addetti stampa, è stato creato affinché si occupasse della gestione del lavoro del gruppo amministrativo dell'ospedale insieme alla gestione di tutti gli impegni e gli obblighi di tipo pubblicitario.

Esperti senior di interventi psicologici che compongono il "*psychological intervention technical support team*", invece, sono chiamati a fornire materiali e indicazioni per regolare misure di

⁷² Yang, Y., Li, W., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T., & Xiang, Y.-T. (2020). Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4): 19.

⁷³ 工伤保险为奋战在抗击新型冠状病毒肺炎疫情中的预防和救护人员撑起职业伤害“保护伞” <http://www.nhc.gov.cn/xcs/fkdt/202001/0ffbb879ac1b4466b01de8b40a1372fc.shtml>

intervento psicologico, e supervisionare fornendo se necessario delle linee guida tecniche.

Simile a questo, il terzo gruppo è il «*psychological intervention medical team*», che però è composto prevalentemente da psichiatri e si occupa di interventi psicologici di natura clinica, tanto per i lavoratori della sanità quanto per gli stessi pazienti.

L'ultimo gruppo è quello di cui fanno parte gli «*psychological assistance hotline teams*», composti prevalentemente da volontari che hanno ricevuto una formazione su come assistere psicologicamente i beneficiari di questo servizio nell'affrontare e gestire l'epidemia, i quali operano tramite linee telefoniche apposite dedicate ad aiutare l'interlocutore ad affrontare e gestire i propri disturbi di tipo mentale.

La risposta da parte dei beneficiari di questi servizi (es. medici) è stata positiva inizialmente (rif. 05 febbraio 2020) ed ha riscosso successi, espandendo la copertura a sempre più persone e ospedali.

Una parte del successo, forse, è dovuta anche al fatto che questo tipo di intervento, che pone attenzione alla salute mentale dei lavoratori in ambito sanitario e fornisce delle linee guida per fornire protezione psicologica multiforme, non era finora mai stato intrapreso in Cina.

La durezza delle misure adottate, l'eccezionalità della situazione emergenziale che si sta vivendo, la paura fomentata anche dalla pericolosità elevata della malattia, ecc. sono tutti elementi primari e fanno credere che l'impatto emotivo, le conseguenze psicologiche e le ripercussioni sul benessere della popolazione siano degli effetti gravissimi e di vastissima portata che andranno a impattare e a ripercuotersi sulla salute mentale della popolazione, modificando abitudini, routine, attività lavorative, e tanti altri aspetti che vanno a formare il benessere – nella sua accezione globale – dell'individuo.

La National Health Commission of China (Nhc), il 26 gennaio, ha redatto un documento contenente i principi base da adottare per intervenire sull'emergenza in atto e arginare la crisi sanitaria provocata dalla diffusione del virus SARS-CoV-2. Il documento in oggetto è stato denominato in cinese 新型冠状病毒感染的肺炎疫情紧急心理危机干预指导原则 (*xinxing guanzhuang bingdu ganran de feiyan yiqing jinji xinli weiji ganyu zhidao yuanze*)⁷⁴, tradotto in inglese con «*Principles for emergency psychological crisis intervention for the new coronavirus pneumonia*».

All'interno di questi *Principi* si stabilisce come la fornitura di servizi di assistenza sanitaria mentale debba giungere a tutti i cittadini che ne presentano necessità e che mostrano conseguenze derivanti dalla contrazione del virus. Le categorie di popolazione nominate sono suddivise in 4 livelli di

⁷⁴ 关于印发新型冠状病毒感染的肺炎疫情紧急心理危机干预指导原则的通知

<http://www.nhc.gov.cn/jkj/s3577/202001/6adc08b966594253b2b791be5c3b9467.shtml>

intervento, con priorità discendente: si nominano al primo livello – con priorità più elevata – i pazienti contagiati dal virus (con diagnosi certificata), quelli che si trovano nelle cosiddette «*fever clinics*» o ricoverati in ospedale per la gravità delle loro condizioni, il personale medico e infermieristico che opera in prima linea per prevenire e controllare la situazione epidemica; al secondo livello ci sono tutti coloro che sono costretti all'isolamento nelle proprie case perché hanno avuto contatti stretti con chi ha contratto il virus o rappresentano loro stessi dei casi sospetti di infezione. Dal terzo livello, poi, si parla di tutti coloro che hanno differenti tipologie di relazione (e dunque possibilità di entrata in contatto) con coloro che rientrano nel primo e nel secondo livello, come i familiari, gli amici, i colleghi, ecc. e il personale che ha preso parte agli aiuti ma non 'in prima linea' (es. volontari, personale amministrativo). Al quarto livello, la comunità in generale che è coinvolta in differenti misure.

All'interno di questi *Principi* vengono riconosciuti come prioritari: l'incorporazione di procedure che tutelino la salute mentale all'interno del piano di intervento da attuare per la protezione e il controllo delle situazioni epidemiche, la capacità di regolare prontamente il focus dell'intervento psicologico sulla base dell'andamento epidemico, garantendo sempre il mantenimento della stabilità sociale e l'alleggerimento delle 'ferite' psicologiche causate dall'epidemia.

Altro punto di massima importanza è l'impegno a garantire sempre la privacy degli individui che richiedono assistenza, e prestare massima attenzione a non provocare traumi secondari né in chi riceve l'aiuto psicologico né in chi lo offre.

Il contenuto del piano di intervento redatto nei *Principi* si amplia alla conoscenza della condizione psicologica degli individui colpiti dagli effetti del virus, al saper identificare le categorie ad alto rischio e impedire che accadano eventi estremi (es. suicidi, azioni impulsive, ecc.), alla pronta identificazione di campanelli d'allarme e sintomi di disordine mentale da riportare urgentemente agli organi competenti.

La fornitura dei servizi di salute mentale – da condurre a domicilio per pazienti con impedimenti gravi – prevede poi la combinazione delle tecniche di intervento pratico insieme ad una formazione ed educazione 'ideologica', anche per chi non ha patologie.

Non vengono dimenticati tutti coloro che operano nella fornitura dei servizi, nel supporto medico e psicologico, nel sostegno ai pazienti e, nel contenuto del piano di lavoro, si prevedono dei servizi di assistenza, di cura, di prevenzione e di monitoraggio delle loro condizioni di salute mentale.

Per fornire la rete di servizi fin qui esposta, si apre alla possibilità di lavoro di un solo team medico indipendente responsabile del supporto psicologico oppure di un team medico integrato e con una formazione composita. In entrambi i casi, nella selezione del personale si dà priorità ai medici psichiatri, al personale operante nella psicologia clinica e agli infermieri psichiatrici, e ha carattere

di precedenza (nella selezione) anche l'aver maturato esperienza nel lavoro di intervento durante situazioni di crisi psicologica.

Sono esposti nei *Principi* anche i criteri di selezione del personale che opera nella linea di assistenza telefonica istituita come misura di risposta all'emergenza epidemica: si dà priorità agli operatori della salute mentale che hanno già una formazione adeguata in materia e ai volontari che hanno esperienze di intervento in situazioni analoghe. Per tutti, prima dell'inizio effettivo dell'operatività, è prevista una formazione adeguata sul tipo di aiuto psicologico da fornire in risposta alla situazione contingente e viene svolta una supervisione da parte di esperti incaricati. Nell'enunciazione delle modalità di lavoro, oltre a quelle fin qui riportate, compaiono una piattaforma per la salute psicologica gestita a livello provinciale, le linee di assistenza telefonica operanti, e le differenti tipologie di mezzi di comunicazione fruibili online, viene nominato il programma «*Healthy China*», si richiede la pianificazione complessiva dei turni di lavoro del personale incaricato dell'assistenza psicologica così da fornire un servizio online che sia attivo 24 ore per 7 giorni, e si prevede un servizio di assistenza in tempo reale per i gruppi di popolazione inclusi nel terzo e quarto livello oltre a un servizio di assistenza addizionale per chi rientra invece nel primo e secondo livello di intervento psicologico.

In conclusione, si prevede la mobilitazione ad ampio raggio dei settori non governativi e si forniscono come indici dell'attività di assistenza sociale le difficoltà pratiche e le esigenze di tutti quegli individui, indipendentemente dal livello di appartenenza, che soffrono le conseguenze e gli effetti della crisi epidemica in corso.⁷⁵

⁷⁵ 新型冠状病毒感染的肺炎疫情紧急心理危机干预指导原则 <http://www.nhc.gov.cn/jkj/s3577/202001/6adc08b966594253b2b791be5c3b9467.shtml>

4.2 STUDIO DEGLI EFFETTI DEL COVID-19 SULLA SALUTE MENTALE

Svariate ricerche e indagini sono state condotte in relazione alle conseguenze e ricadute che il Covid-19 ha avuto e avrà sulla salute mentale della popolazione.

Nella presente sezione verrà presentato il lavoro di revisione effettuato, partendo da una ricerca condotta per parole chiave e proseguita tramite lo *'snowballing'* del materiale bibliografico.

La ricerca nei maggiori portali scientifici e accademici (The Lancet, PubMed, BMJ, Cnki, PlosONE, ecc.) ha condotto a un quantitativo pari a 1.051 articoli accademici, individuati tramite l'utilizzo di parole chiave quali *'salute mentale'*, *'malattie mentali'*, *'virus SARS-CoV-2'*, *'COVID-19'*, e i corrispettivi termini in lingua cinese (精神健康, 精神疾病, 新型冠状病毒, 2019冠状病毒病).

Gli elaborati selezionati, revisionati e inclusi nei risultati sono in lingua inglese o cinese.

I requisiti di inclusione degli articoli sono stati:

- Periodo di indagine compreso tra dicembre 2019 e febbraio 2021;
- Popolazione cinese come campione di analisi;
- Copertura geografica interna alla Repubblica Popolare Cinese;
- Valutazione stato di salute mentale tramite una o più scale di misurazione selezionate (rif. Appendice 2).

Sono stati esclusi da questa sezione tutti gli articoli riportanti dati già noti e revisioni di letteratura, indagini i cui campioni non riguardavano individui cinesi né appartenevano esclusivamente a una o più aree interne al Paese, insieme all'esclusione di tutti gli studi condotti prima dell'avvento del Covid-19.

Al termine dei vari processi di scrematura degli articoli ne sono emersi 84 idonei e inclusi nella tabella riepilogativa inserita in Appendice (rif. Appendice 1) e per ciascuno di essi si sono messi in evidenza i seguenti punti:

- gruppi o categorie di popolazione studiate (se presenti);
- copertura geografica;
- copertura temporale;
- indicatori e strumenti di misurazione utilizzati (rif. Appendice 2);

- principali risultati (con riferimento percentuale se disponibile).

Le categorie di popolazione coinvolte sono state divise tra popolazione generica e HCWs, ovvero personale sanitario, in cui sono stati inclusi infermieri, medici e personale amministrativo non clinico. Le rilevazioni sono state calcolate sull'occorrenza di ciascuna categoria all'interno del campione complessivo degli 84 articoli, considerando che alcuni di questi analizzano e confrontano più di una sola categoria. L'incidenza mostra una copertura al 47,37% del personale sanitario (HCWs) e al 52,63% per quanto riguarda il resto della popolazione. [Figura 1]

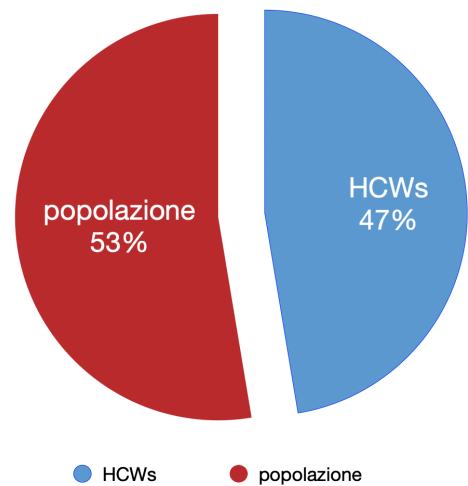


Figura 1. Prevalenza categorie 'popolazione' e 'HCWs'

Sottoponendo le categorie a ulteriore differenziazione, sono emersi i risultati presentati nella Figura 2.

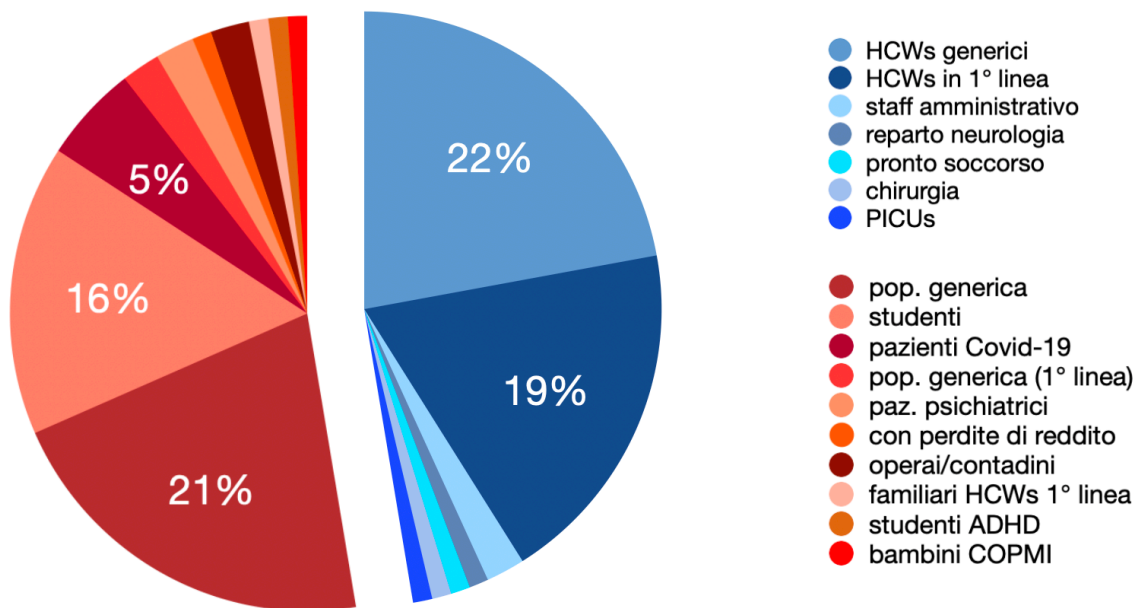


Figura 2. Prevalenza categorie di popolazione su campione (N= 84)

Come si evince dalla Figura 2, il 47,37% del personale sanitario (HCWs) è stato così diviso: il 22,11% del campione è composto da HCWs generici, il 18,95% dagli HCWs che hanno svolto un lavoro in prima linea nella lotta al Covid-19, il 2,11% è formato dal personale amministrativo (non

clinico), mentre l'1,05% è ricoperto dal personale del reparto di neurologia, l'1,05% dal Pronto Soccorso, l'1,05% dal personale di chirurgia e l'1,05% riguarda il personale delle unità pediatriche di terapia intensiva (PICUs).

Relativamente alla popolazione generale (52,63%), il campione è così composto: il 21,05% riguarda la popolazione generica (senza specificazioni), il 15,79% copre la categoria degli studenti, il 5,26% riguarda pazienti con infezione da Covid-19 (ospedalizzati, non ricoverati, dimessi, ecc.), il 2,11% comprende la popolazione che per lavoro o altre motivazioni è stata a contatto diretto (in prima linea) con il virus SARS-CoV-2, il 2,11% riguarda pazienti con disturbi psichiatrici diagnosticati, l'1,05% comprende individui che hanno avuto ingenti perdite di reddito causate dall'occorrenza del Covid-19, l'1,05% riguarda i familiari di HCWs impegnati nel lavoro in prima linea, l'1,05% riguarda studenti con diagnosi di ADHD (disturbo da deficit di attenzione / iperattività), e l'1,05% comprende bambini i cui genitori (uno di essi o entrambi) hanno disturbi mentali diagnosticati (COPMI, *children of people with mental illness*).

Per quanto riguarda la copertura geografica, risulta che il Paese intero, senza ulteriori divisioni territoriali, è il campione più utilizzato (36 volte). Segue subito dopo la città di Wuhan (18 volte), staccata nettamente dalle restanti aree coinvolte. A pari utilizzo si trovano le province dell'Hubei, del Jiangsu, del Guangdong e la città di Chongqing (4 volte), seguono le province dell'Hunan e del Sichuan (3 volte), poi quelle dello Shanxi, del Zhejiang, del Fujian, dello Yunnan, la regione autonoma del Guangxi, le città di Pechino e Shanghai (2 volte). Infine, occorre una sola volta nel campione complessivo, vi sono le province dello Hebei, dello Hainan, del Jiangxi, del Liaoning, dello Henan, dello Shandong, le città di Hangzhou, Xiamen e Shenzhen.

Relativamente alle scale e agli strumenti utilizzati per misurare il livello di salute mentale degli individui e/o attestare la presenza o meno di requisiti diagnostici tipici di una o più patologie mentali, la Figura 3 ne riporta l'incidenza. Ciascun acronimo inserito nel grafico è corredato di una spiegazione, a cui si rimanda, in Appendice (rif. Appendice 2).

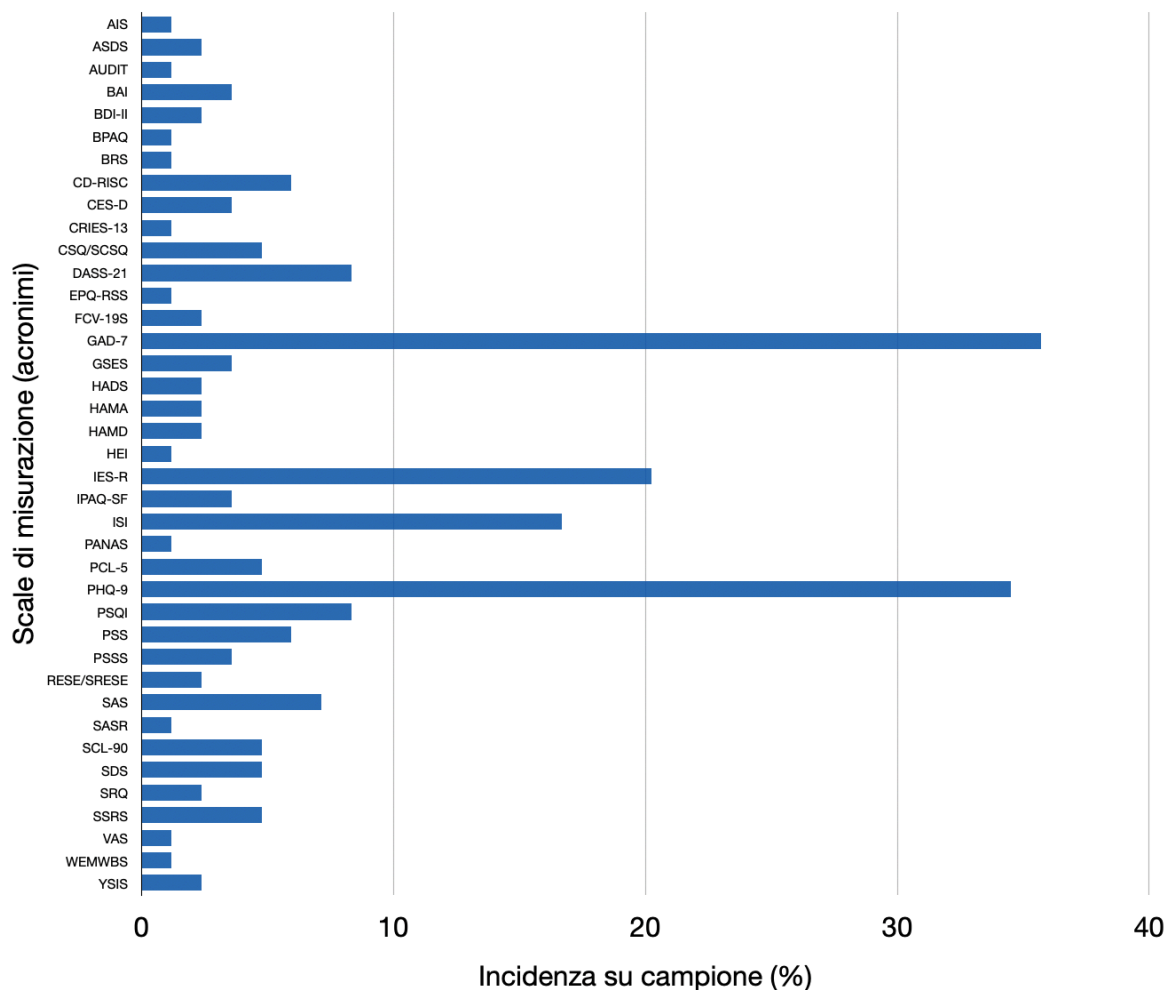


Figura 3. Prevalenza utilizzo scale diagnostiche e strumenti di misurazione

La copertura temporale degli 84 studi spazia da dicembre 2019 (occorso una volta come periodo di comparazione) a febbraio 2021. Cinque articoli coprono un arco temporale non meglio precisato, definito come 'periodo di scoppio/inizio dell'epidemia', rappresentato nella seconda colonna dell'istogramma [Figura 4].

I mesi di agosto, novembre e dicembre 2020 non sono presenti in quanto nessuna ricerca inclusa nel campione complessivo ha coperto tali periodi.

Il grafico mostra l'incidenza di ciascun periodo sul campione totale, ed è evidente la prevalenza del mese di febbraio 2020 (67,86%).

Segue il mese di marzo 2020 con un'incidenza del 34,52%, poi il mese di gennaio 2020 (19,05%) e di aprile 2020 (10,71%).

Questi risultati sono compatibili con quanto riportato nei capitoli precedenti in relazione allo sviluppo del Covid-19 in Cina e di come, prima degli eventi disastrosi occorsi nel 2022 e degli sviluppi storici più recenti nel Paese, l'epidemia si rilegasse esclusivamente ai primi mesi del 2020,

tanto da dichiararla sconfitta mentre il resto del mondo ne era attanagliato (e lo sarebbe restato per anni).

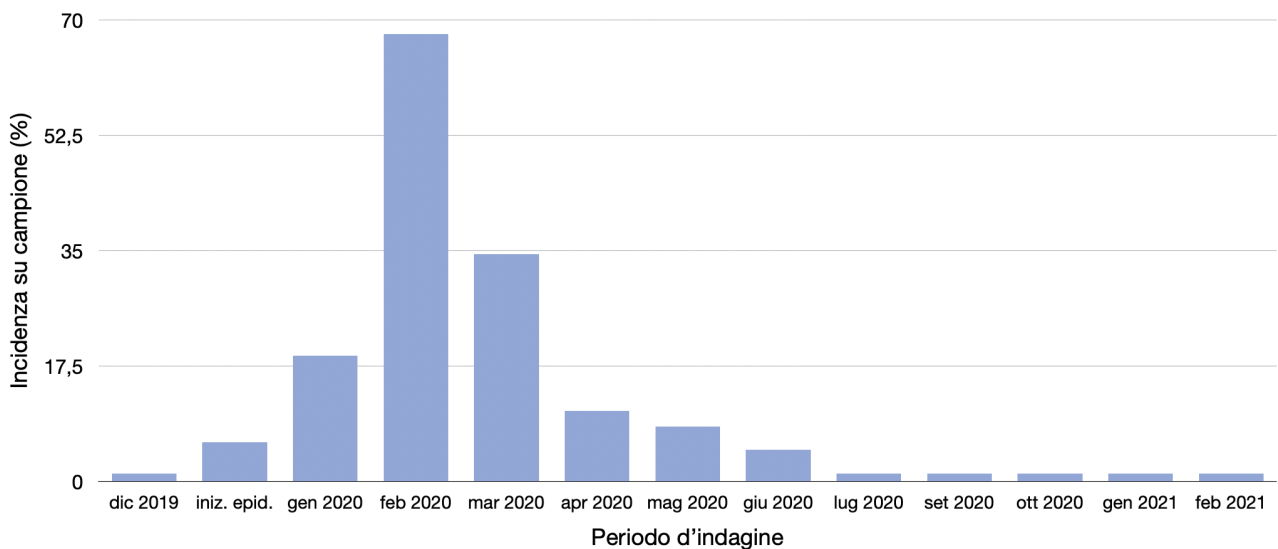


Figura 4. Copertura temporale campione (N= 84)

Nei paragrafi seguenti verranno presentati nel dettaglio i risultati di alcune tra le più significative ricerche, toccando quattro categorie (di cui tre specifiche), selezionate per molteplici ragioni. Tra queste la maggiore disponibilità di dati e risultati, la significativa grandezza e gravità degli effetti del Covid-19 sulla categoria, e la rilevanza sociale e culturale. La prima categoria, molto ampia, comprende i risultati importanti che si è voluto presentare ma che fanno parte, in maniera molto generica, della popolazione. Le tre categorie specifiche presentate di seguito, invece, riguardano gli operatori sanitari (prevalentemente di prima linea), gli studenti e le categorie più fragili (anziani, bambini, pazienti psichiatri o con altre comorbidità).

4.2.1 I rischi per la comunità

Lo studio di Huang et al. è la prima indagine effettuata su un campione di 180 individui (maggioresi e senza patologie) che hanno un'infezione sospetta di Covid-19 per valutare se e come la flessibilità psicologica possa avere un ruolo nel contrastare o alleviare gli effetti della malattia. Dallo studio emerge infatti come, a parità di condizioni dei pazienti e di positività al Covid-19, gli individui con livelli più elevati di flessibilità psicologica hanno mostrato una tendenza ridotta a sviluppare stati di ansia e/o depressione. Inoltre, la maggiore flessibilità

psicologica ha un ruolo positivo anche nella riduzione dello stress negli individui e delle condizioni psicologiche che da esso derivano (percezione di stress misurata con scala PSS⁷⁶). Lo studio ha misurato anche i livelli di ansia e depressione presenti nel campione analizzato, tramite rispettivamente le scale GAD-7⁷⁷ e PHQ-9⁷⁸, dai quali emerge un'incidenza del 23,9% di ansia e del 34,4% di depressione.⁷⁹

Il livello di flessibilità psicologica è stato misurato con l'unione dei risultati individuali ricavati dai questionari AAQ-II⁸⁰ e CFQ⁸¹ nelle loro versioni cinesi convalidate.

Nel 2020 è stata anche indagata la correlazione tra l'ospedalizzazione conseguente al Covid-19 e la comparsa di disturbi mentali. Liu et al. hanno analizzato un campione di individui residenti a Wuhan che sono stati dimessi dall'ospedale dopo il ricovero avvenuto a causa della contrazione del virus SARS-CoV-2. L'indagine è stata condotta ad aprile 2020 e in quel momento, in Cina, le procedure anti-contagio prevedevano che i pazienti Covid-19 dimessi dagli ospedali facessero 14 giorni di quarantena in strutture preposte e, una volta rientrati nelle proprie case, rimanessero in isolamento per altri 14 giorni. Questo elemento non è secondario, difatti le ricerche hanno evidenziato come l'isolamento e il sentirsi esclusi o diversi (ad esempio perché positivi all'infezione) avessero un ruolo nella comparsa di sintomi connessi a patologie mentali. Anche peggiori condizioni fisiche e di salute sono correlate a un impatto emotivo e psicologico esacerbato dal Covid-19.

Nel dettaglio, i risultati hanno rivelato che la percezione di discriminazione da parte degli altri,

⁷⁶ *Perceived Stress Scale* (vedi Appendice 2).

⁷⁷ *Generalized Anxiety Disorder*, attesta la presenza del disturbo d'ansia generalizzato e la sua gravità (vedi Appendice 2).

⁷⁸ *Patient Health Questionnaire*, rileva la presenza del disturbo depressivo maggiore (MDD) e ne attesta la gravità (vedi Appendice 2).

⁷⁹ Huang, C., Xie, J., Owusua, T., Chen, Z., Wang, J., Qin, C., & He, Q. (2021). Is psychological flexibility a mediator between perceived stress and general anxiety or depression among suspected patients of the 2019 coronavirus disease (COVID-19)? *Personality and Individual Differences*, 183, 111132.

⁸⁰ *Acceptance and Action Questionnaire-II*, misura l'*experiential avoidance*, ovvero la tendenza individuale ad agire adeguando la realtà e l'esperienza a come appare nella propria mente, risultando anche in comportamenti e azioni contrarie ai propri valori od obiettivi (vedi Appendice 2).

⁸¹ *Cognitive Fusion Questionnaire*, misura la *cognitive fusion*, ovvero la tendenza individuale ad agire in base al proprio 'contenuto' interno (idee, valori, credenze), risultando in un eccessivo controllo cognitivo che impedisce un comportamento autentico e spontaneo (vedi Appendice 2).

anche familiari e amici, lo stigma connesso alla malattia e percepito nei propri confronti, e l'emarginazione sociale avvertita sono tra i fattori più rilevanti e decisivi nel prevedere lo sviluppo di ansia, depressione e PTSD (disturbo da stress post traumatico).

Un elemento predittivo di ansia e PTSD è stato individuato nella perdita di un proprio caro a causa del Covid-19, mentre l'utilizzo di corticosteroidi - ampiamente somministrati durante il ricovero, con l'aumento paradossale del rischio di mortalità - sembrerebbe invece proteggere l'individuo dal manifestare sintomi riconducibili al PTSD.

Correlati alla depressione sono invece sintomi quali la comparsa di problemi del sonno, il ricovero in terapia intensiva e la positività alla malattia di un familiare.

Uno dei limiti dello studio, tuttavia, è dato dal fatto che non distingue se la comparsa dei sintomi - riconducibili ad ansia, depressione o PTSD - fosse in alcuni casi antecedente l'ospedalizzazione dovuta al Covid-19.⁸²

Ding et al. hanno indagato le manifestazioni neurologiche riscontrate in 153 pazienti di Wuhan, positivi al Covid-19 ma che non sono stati sottoposti a ricovero ospedaliero. I risultati mostrano una grande incidenza (77,8%) di manifestazioni neurologiche in questa categoria, spesso presenti anche in pazienti che hanno lievi sintomi respiratori riconducibili al Covid-19 e per questo difficilmente ricevono le giuste terapie per alleviare e curare gli aspetti neurologici.

Dallo studio emerge anche che il sistema nervoso centrale è coinvolto nel 46,7% dei casi (con sintomi quali vertigini, cefalea e alterazione della coscienza), mentre l'incidenza dei sintomi a carico del sistema nervoso periferico è del 69,3% (con sintomi di alterazione di vista, gusto e olfatto e nevralgia).⁸³

Lo studio fa seguito a quello condotto da Mao et al. su un campione di 214 pazienti positivi al Covid-19 che sono stati ospedalizzati, tra il 16 gennaio e il 19 febbraio 2020, in tre ospedali designati al trattamento dei pazienti Covid-19 (*Main District, West Branch e Tumor Center*) e facenti parte dello *Union Hospital of Huazhong University of Science and Technology* di Wuhan.

L'obiettivo dello studio è di quantificare e analizzare le manifestazioni neurologiche nei pazienti coinvolti, differenziando tra quelle a carico del sistema nervoso centrale, del sistema nervoso

⁸² Liu, D., Baumeister, R. F., Veilleux, J. C., Chen, C., Liu, W., Yue, Y., & Zhang, S. (2020). Risk factors associated with mental illness in hospital discharged patients infected with COVID-19 in Wuhan, China. *Psychiatry Research*, 292, 113297.

⁸³ Ding, H., Yin, S., Cheng, Y., Cai, Y., Huang, W., & Deng, W. (2020). Neurologic manifestations of nonhospitalized patients with COVID-19 in Wuhan, China. *MedComm*, 1(2), 253–256. Portico.

periferico e quelle relative a lesioni del muscolo scheletrico.

I risultati mostrano una prevalenza di manifestazioni neurologiche nel 36,4% dei casi. Lo studio rivela anche che i pazienti che riportano gravi infezioni dovute al Covid-19 (spesso anziani e con patologie pregresse come l'ipertensione o il diabete) hanno anche maggiori probabilità di sviluppare sintomi neurologici, soprattutto malattie cerebrovascolari, alterazioni di coscienza e lesioni del muscolo scheletrico.

Inoltre, nei pazienti che manifestano sintomi riconducibili al sistema nervoso centrale (sintomi più comuni, nel 24,8% dei casi) hanno anche un numero minore di linfociti e livelli più elevati di d-dimero rispetto agli altri, e ciò è molto indicativo per l'immunodepressione dei soggetti e per la loro maggior tendenza a sviluppare malattie cerebrovascolari.⁸⁴

Wang et al. riportano la storia clinica di due pazienti, un contadino 58enne di nome Zhang e un residente 78enne di nome Hu, per dimostrare che le misure anti-contagio imposte dal governo contro la diffusione dell'epidemia hanno un impatto negativo nella popolazione. Nel caso dei due soggetti, entrambi hanno manifestato i sintomi, e ricevuto la diagnosi secondo la classificazione ICD-10⁸⁵, del disturbo acuto da stress epidemico. I due pazienti sono stati ricoverati in seguito a comportamenti, azioni, pensieri tipici del disturbo e fortemente derivati dall'isolamento domiciliare prolungato (superiore ai 20 giorni) e dall'esposizione continua a notizie catastrofiche, allarmanti e ripetitive che hanno indotto nei pazienti la forte convinzione - derivata dalla paura - di aver contratto l'infezione dal virus, fortemente demonizzato.⁸⁶

Lo studio di Wang C. et al. si divide in due fasi di indagine, le quali prevedono la somministrazione del National University of Singapore COVID-19 Questionnaire a 1.738 cittadini cinesi: la prima indagine si svolge dal 31 gennaio al 2 febbraio 2020, la seconda è svolta dal 28 febbraio all'1 marzo 2020.

Il risultato sorprendente dello studio riguarda la stabilità riscontrata tra le due indagini nei livelli di stress, ansia e depressione dei rispondenti. Nonostante il forte incremento di contagi e di diffusione dell'epidemia, infatti, emerge dallo studio come le misure intraprese dal governo cinese

⁸⁴ Mao, L., Jin, H., Wang, M., Hu, Y., Chen, S., He, Q., Chang, J., Hong, C., Zhou, Y., Wang, D., Miao, X., Li, Y., & Hu, B. (2020). Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurology*, 77(6), 683.

⁸⁵ *International Classification of Diseases* (vedi Appendice 2).

⁸⁶ Wang, C., Zhou, J., & Zong, C. (2020). Two cases report of epidemic stress disorder to novel coronavirus pneumonia. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102070.

(lockdown, isolamento, quarantena, ecc.), insieme alle maggiori conoscenze relative alla malattia e alla fiducia nei propri medici, abbiano avuto un ruolo chiave nell'evitare un aumento considerevole di effetti negativi che lo sviluppo della situazione epidemica avrebbe potuto riflettere sugli stati d'animo della popolazione.

Ciononostante, l'impatto psicologico causato dal Covid-19 ha sicuramente avuto luogo e, nella seconda indagine condotta, la coorte di età tra i 12 e i 21,4 anni ha riportato i livelli più alti.

In entrambe le indagini, i fattori di rischio evidenziati per livelli superiori di ansia e stress (misurati con scala DASS-21⁸⁷) sono la diffusione di notizie relative al Covid-19 tramite canali radio e il mancato rispetto di misure e accortezze igienico-sanitarie (es. utilizzo della mascherina, associato a bassi livelli di ansia e depressione).

Al contrario, fattori che riducono i livelli di ansia e depressione sono la fiducia riposta nei propri curanti e nella loro abilità di riconoscere e diagnosticare la malattia, una percezione molto bassa di possibilità di contrarre il Covid-19 (e una molto alta di guarigione e sopravvivenza casomai venisse contratto) e una elevata soddisfazione riguardo le informazioni sanitarie di cui si dispone. Un altro aspetto importante emerso dalle indagini riguarda la discriminazione sociale, subita da circa 1/3 degli intervistati, legata all'origine e alla contrazione della malattia.⁸⁸

Dal 3 al 17 febbraio 2020 Huang et al. hanno condotto un'indagine che ha coinvolto 7.236 cittadini cinesi volontari con l'obiettivo di determinare il carico e gli effetti del Covid-19 sulla salute mentale della popolazione, evidenziandone anche i potenziali fattori di influenza. Quello che è emerso complessivamente è una prevalenza di ansia al 35,1%, di depressione al 20,1% e di scarsa qualità del sonno al 18,2%.

Le ricerche non hanno riscontrato differenze significative sulla base del genere, sono invece emerse maggiori probabilità di manifestare ansia e depressione per gli individui con età inferiore a 35 anni, mentre gli HCWs (che rappresentano il 31,1% dell'intero campione) hanno riportato i livelli peggiori nella qualità del sonno.

Anche la quantità di tempo spesa giornalmente nella focalizzazione e nell'informazione relative al Covid-19 hanno un'incidenza nella comparsa di disturbi psicologici: chi focalizza sul Covid-19 più di 3 ore al giorno ha infatti maggiori rischi di sviluppare ansia rispetto a chi impiega meno di

⁸⁷ *Depression, Anxiety and Stress Scale* (vedi Appendice 2).

⁸⁸ Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R. S., Choo, F. N., Tran, B., Ho, R., Sharma, V. K., & Ho, C. (2020). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 40–48.

un'ora o da una a due ore.⁸⁹

Hu et al. tra il 7 e il 24 marzo 2020 hanno condotto un'indagine su 85 pazienti con Covid-19, ospedalizzati all'interno del *Tongji Hospital* di Wuhan, uno degli ospedali interamente designati a pazienti positivi al Covid-19.

Dallo studio si osservano sintomi depressivi nel 45,9% dei partecipanti, mentre il 38,8% ha sintomi d'ansia e il 54,1% presenta sintomi di insonnia.

Dai risultati emergono anche i fattori collegati a ciascun disturbo. Difatti, i pazienti che mostrano ansia sono in prevalenza donne (63,6%), hanno una durata superiore della malattia e anche un periodo di ospedalizzazione più lungo rispetto a chi non presenta tali sintomi. Anche relativamente alla depressione la presenza di sintomi è associata ad una maggiore durata della malattia, mentre nel gruppo di pazienti che presenta sintomi di insonnia è stata riscontrata maggiore prevalenza femminile (60,9%) insieme alla maggior durata del ricovero ospedaliero rispetto a chi non ha tali sintomi.

Infine, chi ha sintomi di depressione, ansia e insonnia ha anche una percezione più accentuata della gravità della propria malattia e condizione di salute.⁹⁰

Per la popolazione intera, dunque, i rischi corsi sono svariati: in primis, nessuno è immune dallo sperimentare malessere o stati d'animo negativi quali noia, sconforto, irritabilità, monotonia, soprattutto se e quando sottoposti alle misure restrittive e di isolamento. Nei casi più impattanti, si possono manifestare anche sentimenti e percezioni di rifiuto sociale, discriminazione, stigmatizzazione e ulteriori inquietudini che possono provocare turbamenti all'equilibrio psicologico ed emotivo, fino ad arrivare alla manifestazione di veri e propri sintomi nei casi più gravi.

Un altro ostacolo diffuso a macchia d'olio nella popolazione può essere dato dalla scarsa conoscenza e informazione relativi al Covid-19 e alla diffusione del virus, fomentando - oltre che disinformazione e fake news - anche stati di ansia e paura eccessive.⁹¹

Queste paure spesso aumentano quando viene contratto il virus: sono stati registrati incrementi nei

⁸⁹ Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 288, 112954.

⁹⁰ Hu, Y., Chen, Y., Zheng, Y., You, C., Tan, J., Hu, L., Zhang, Z., & Ding, L. (2020). Factors related to mental health of inpatients with COVID-19 in Wuhan, China. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 587–593.

⁹¹ Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J., & Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *The Lancet*, 395(10224): 37–38. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30309-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30309-3).

pensieri suicidari e nell'aggressività, nella paura di manifestare conseguenze gravi dovute alla malattia⁹², sintomi riconducibili al disturbo ossessivo-compulsivo (es. psicosi per igiene e sterilizzazione, monitoraggio continuo di parametri e livello di temperatura corporea, ecc.), e un rischio effettivo che sintomi simili possano minare e ridurre l'adesione al trattamento.

4.2.2 Lo stress dello staff medico in prima linea

Lo studio di Cao H et al. ha svolto un'indagine, tra il 6 e il 13 febbraio, per indagare la presenza di ansia e depressione - tramite scale HAMA⁹³ e HAMD⁹⁴ - nel personale sanitario (HCWs) operante a Wuhan, mettendolo in comparazione anche con il personale di tutte le città della provincia dello Hubei (ad eccezione di Wuhan) e con tutte le province cinesi diverse da quella dello Hubei. La stessa comparazione è effettuata per i non-HCWs, ovvero i lavoratori esterni al settore sanitario. I risultati rivelano chiaramente una maggiore prevalenza di ansia e depressione negli HCWs di Wuhan rispetto agli altri due gruppi analizzati. La stessa tendenza riguarda i 1.020 lavoratori non sanitari, per cui i livelli di ansia e di depressione sono maggiori nel gruppo che opera a Wuhan. Un fattore indipendente di rischio che è comune sia per depressione che per ansia è l'utilizzo prolungato e quotidiano di abbigliamento protettivo, al quale si aggiungono la preoccupazione frequente riguardo la propria esposizione a lavoro (fattore di rischio per l'ansia) e la quantità di giorni lavorativi spesi nel contrasto all'epidemia (fattore di rischio per depressione). Nonostante però il timore di contrarre l'infezione al lavoro sia riconosciuto come una causa diretta dell'ansia, il 62,5% degli operatori sanitari (di tutti i gruppi, 480 in totale) si ritiene molto soddisfatto del proprio lavoro.⁹⁵

Il lavoro di Cai H et al. è il primo studio condotto sullo staff medico della provincia dello Hunan, adiacente a quella dello Hubei e con essa collegata tanto nelle infrastrutture quanto nella diffusione estesa del contagio provocato dal virus SARS-CoV-2.

I risultati dell'indagine condotta su medici, infermieri e personale sanitario hanno rilevato diversi

⁹² Xiang, Y.-T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), 228–229.

⁹³ *Hamilton Anxiety Rating Scale* (vedi Appendice 2).

⁹⁴ *Hamilton Depression Rating Scale* (vedi Appendice 2).

⁹⁵ Cao, H., Zuo, C., Li, G., Huang, Y., Li, L., Huang, S., Zhao, J., Liu, J., Jiang, Y., & Wang, F. (2020). A Cross-Sectional Study of Psychological Status in Different Epidemic Areas in China After the COVID-19 Outbreak. *Frontiers in Psychiatry*, 11.

fattori di stress correlati all'epidemia e analizzati in relazione alla coorte di età in cui si sono manifestati con maggiore prevalenza: per il personale nella coorte di età 31-40 anni la maggior causa di stress rilevata è il timore di infettare e contagiare i propri familiari, per gli individui con età superiore ai 50 anni la fonte primaria di stress è il decesso dei propri pazienti, per la coorte di età 41-50 anni invece lo stress maggiore è causato dalla preoccupazione riguardo la salvaguardia della propria salute. Per il personale sanitario più anziano, altri fattori di stress significativi sono la mancanza di attrezzatura e abbigliamento protettivo adeguato e il peso degli anni trascorsi al lavoro che li rende esausti.

Tra gli elementi più favorevoli alla riduzione dello stress nel personale medico della provincia dello Hunan, dunque, riscontriamo la consapevolezza che la propria famiglia sia al sicuro, la disponibilità di linee guida e di strumenti protettivi efficaci per la propria protezione (soprattutto nel personale femminile) e l'attitudine positiva derivante dai colleghi. Il senso di responsabilità è un elemento fortemente trainante nel far sì che il personale sanitario operante nella lotta al Covid-19 prosegua nel suo lavoro, tuttavia il riconoscimento da parte delle autorità - ospedaliere e governative - dei propri sforzi è rilevante nella riduzione dell'impatto psicologico negativo del Covid-19 negli HCWs.⁹⁶

Nella provincia del Jiangsu, lo studio condotto da Cai et al. su 1.521 HCWs in prima linea nella lotta al COVID-19 rileva come l'esperienza sia un fattore rilevante nello sviluppo di sintomi e problematiche di tipo psicologico. Difatti, lo studio confronta gli HCWs dividendoli tra chi ha già avuto altre esperienze nella gestione di situazioni di emergenza e chi invece è inesperto. Tra i due gruppi risultano differenze significative nel livello di ansia fotica e di sensibilità interpersonale (due sintomi misurati con SCL-90⁹⁷) e una differenza più lieve nelle manifestazioni di tipo ossessivo-compulsivo.

Inoltre, gli HCWs che non hanno mai avuto esperienze di questo genere mostrano livelli più bassi di resilienza (in tutti e tre gli aspetti coinvolti nel modello cinese del CD-RISC⁹⁸), di supporto complessivo (e anche delle sottoscale di supporto oggettivo e soggettivo) e, in generale, presentano una condizione mentale significativamente peggiore rispetto a quella riscontrata negli HCWs con

⁹⁶ Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., & Zhuang, Q. (2020). Psychological impacts and coping strategies of front-line medical staff during COVID-19 outbreak in Hunan, China. *Medical Science Monitor*, 26.

⁹⁷ *Symptom Check-List-90*, è un questionario con cui autodichiarare i propri sintomi, che conteggiati rilevano eventuali alterazioni psicologiche (vedi Appendice 2).

⁹⁸ *Connor-Davidson Resilience Scale*, misura la resilienza negli individui (vedi Appendice 2).

esperienze pregresse nella gestione di situazioni di emergenza.⁹⁹

Lo studio di Lai et al. copre un totale di 1.257 individui intervistati, provenienti complessivamente da 34 ospedali all'interno della Cina e ha come obiettivo l'indagine e la misurazione dei sintomi di depressione, ansia, insonnia e disagio vissuti dagli operatori sanitari in concomitanza al Covid-19, cercando di individuarne anche i principali fattori di rischio.

Il campione, che include HCWs di prima e seconda linea, è diviso in tre gruppi a seconda dell'ospedale di provenienza: il primo gruppo comprende i 10 ospedali coinvolti di Wuhan, al secondo gruppo appartengono i 7 ospedali della provincia dello Hubei (ad esclusione della città di Wuhan) e il terzo gruppo include i rimanenti 7 ospedali posti in altrettante province cinesi (esclusa Hubei).

I risultati sono netti: il 50,4% degli individui ha sintomi depressivi, il 44,6% presenta sintomi d'ansia, il 34,0% ha sintomi riconducibili all'insonnia e il 71,5% degli individui totali manifesta sintomi di disagio.

Nella comparazione delle categorie analizzate, emerge che le donne, il personale infermieristico, gli HCWs in prima linea e quelli di Wuhan hanno livelli più gravi dei sintomi in tutte le scale usate (PHQ-9 per depressione, GAD-7 per ansia, ISI¹⁰⁰ per insonnia, IES-R¹⁰¹ per disagio).

Rispetto agli ospedali terziari poi, chi opera negli ospedali secondari presenta maggiore gravità e probabilità di sviluppare sintomi di ansia, depressione e insonnia, ma non è così per i sintomi di disagio.

Due fattori di rischio indipendenti per tutti i sintomi sono evidentemente il lavoro in prima linea in reparti e aree Covid-19, a contatto diretto con i pazienti malati e con il rischio di trasmissione del virus in turni di lavoro spesso prolungati, e lavorare a Wuhan (epicentro della pandemia e della diffusione del contagio) rispetto ad altre zone.¹⁰²

Relativamente allo staff sanitario in prima linea, un altro dei primi studi condotti è quello di Zhou

⁹⁹ Cai, W., Lian, B., Song, X., Hou, T., Deng, G., & Li, H. (2020). A cross-sectional study on mental health among health care workers during the outbreak of Corona Virus Disease 2019. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102111.

¹⁰⁰ *Insomnia Severity Index* (vedi Appendice 2).

¹⁰¹ *Impact of Event Scale-Revised* (vedi Appendice 2).

¹⁰² Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976.

et al. in cui sono messi a confronto 606 operatori sanitari in reparti e aree Covid-19 con 1.099 individui all'interno della popolazione generale. I risultati mostrano come gli HCWs abbiano livelli superiori di depressione (57,6%), di ansia (45,4%), di insonnia (32%) e di somatizzazione (12%) superiori a quelli riscontrati nella popolazione generica. Relativamente al rischio di suicidio, invece, non c'è una differenza significativa tra quello del personale sanitario (13%) e quello della popolazione.

Una volta attestata l'incidenza, lo studio indaga sui fattori di rischio delle sintomatologie psichiatriche mostrate dal personale sanitario coinvolto. Emerge dunque che essere donna comporta maggiori sintomi riconducibili all'ansia, che la quantità di ore lavorate giornalmente incide su tutti i disturbi psicologici investigati, che l'aumento dell'età è un fattore protettivo nello sviluppo di sintomi di depressione, ansia e insonnia, e che le principali cause di disagio riscontrate negli HCWs sono riconducibili al rischio di infezione per sé stessi e di pericolo per i propri familiari, ai lunghi turni lavorativi e alla stanchezza.

In merito al rischio di suicidio, infine, lo studio rivela che il reddito familiare e gli anni di esperienza sono fattori protettivi.¹⁰³

Per quanto concerne le infermiere (il 96,9% del campione è donna) coinvolte nello studio condotto da Cai et al. durante lo scoppio della pandemia (dal 29 gennaio al 2 febbraio 2020) e nel periodo di stabilità (26-28 febbraio 2020), emerge che chi opera in prima linea contro il Covid-19 presenta maggiori rischi di sviluppare sintomi depressivi, ansiosi, di insonnia e di PTSD rispetto al personale infermieristico di altri reparti.

Nella seconda indagine, condotta durante il periodo di stabilità, sono incluse nel campione di infermiere in prima linea anche 81 provenienti dal *Wuchang Fangcang shelter hospital*, uno degli ospedali costruiti all'inizio di febbraio e dedicati appositamente all'isolamento, il trattamento e la cura di pazienti risultati positivi al Covid-19. Le caratteristiche di questi ospedali sono il basso costo, la velocità estrema di costruzione e la portata massiccia. Tuttavia, non sono luoghi che offrono particolari protezioni per il personale infermieristico che vi è impiegato, e ciò appare chiaramente dai risultati che mostrano come le infermiere dello *Wuchang Fangcang shelter hospital* presentino proporzioni significativamente superiori di disturbi psicologici (depressione, ansia, insonnia, PTSD) rispetto a infermiere di altri reparti.

¹⁰³ Zhou, Y., Wang, W., Sun, Y., Qian, W., Liu, Z., Wang, R., Qi, L., Yang, J., Song, X., Zhou, X., Zeng, L., Liu, T., Li, Z., & Zhang, X. (2020). The prevalence and risk factors of psychological disturbances of frontline medical staff in china under the COVID-19 epidemic: Workload should be concerned. *Journal of Affective Disorders*, 277, 510-514.

Nel dettaglio, durante il periodo di stabilità le infermiere e gli infermieri operanti nel *Wuchang Fangcang shelter hospital* presentano un'incidenza di depressione al 64,2%, di ansia al 50,6%, di insonnia al 70,4% e di PTSD al 28,4%.¹⁰⁴

In merito alle indagini sugli HCWs impegnati in reparti e ospedali diversi da quelli di prima linea, Dong et al. hanno condotto un'indagine, tra il 2 e il 13 marzo 2020, in 33 ospedali della provincia dello Yunnan e del Sichuan. Vista la situazione epidemica ancora molto concitata (periodo iniziale della pandemia) hanno scelto di tralasciare il personale medico-sanitario che opera direttamente nelle corsie e reparti anti-Covid e di considerare solamente il personale c.d. 'di seconda linea'. Quello che emerge dallo studio dei 4.618 individui rivela che il 24,2% del campione intervistato possiede livelli elevati di problemi e/o disturbi di salute mentale (emozioni ansiogene depressive, ecc.), misurati tramite l'indice HEI (Huaxi Emotional-Distress Index).

Secondo l'analisi socio-demografica, inoltre, le categorie di individui che riportano i punteggi più elevati di HEI sono le donne, il personale infermieristico, chi possiede un reddito familiare mensile più basso, chi ha sensazioni negative riguardo la propria condizione di salute fisica, chi è soggetto a maggiore esposizione epidemiologica e chi ha cattivi rapporti familiari. Proprio le relazioni di famiglia, infatti, sono un fattore protettivo contro elevati livelli di HEI; similmente, la preoccupazione principale riportata dagli individui coinvolti nello studio riguarda i propri cari e la preoccupazione che questi possano venire a contatto con il virus e le conseguenze stesse della malattia.

Lo studio indaga anche la considerazione del proprio lavoro da parte degli HCWs e se questa ha subito modifiche a causa dell'avvento del Covid-19: il 61,5% degli intervistati ha risposto che la pandemia ha rafforzato ulteriormente la loro determinazione nel proprio lavoro e l'89,2% vorrebbe fortemente operare anche nella prima linea; il 5,7% degli intervistati, invece, rivela che gli accadimenti più recenti hanno fatto sì che rimettessero in discussione e rivalutassero le loro scelte lavorative.¹⁰⁵

Kang et al. nel loro studio hanno intervistato 994 medici e infermieri di Wuhan tra il 29 gennaio e il 4 febbraio 2020. Quello che emerge dal loro lavoro di ricerca è una presenza estremamente grande

¹⁰⁴ Cai, Z., Cui, Q., Liu, Z., Li, J., Gong, X., Liu, J., Wan, Z., Yuan, X., Li, X., Chen, C., & Wang, G. (2020). Nurses endured high risks of psychological problems under the epidemic of COVID-19 in a longitudinal study in Wuhan China. *Journal of Psychiatric Research*, 131, 132–137.

¹⁰⁵ Dong, Z.-Q., Ma, J., Hao, Y.-N., Shen, X.-L., Liu, F., Gao, Y., & Zhang, L. (2020). The social psychological impact of the COVID-19 pandemic on medical staff in China: A cross-sectional study. *European Psychiatry*, 63(1).

di disturbi mentali nello staff medico analizzato. Difatti, il 36% ha disturbi mentali sottosoglia, il 34,4% ha disturbi lievi, il 22,4% ha disturbi di intensità moderata e il 6,2% ha gravi disturbi di tipo mentale.

Emerge dallo studio che chi presenta disturbi maggiormente gravi ha avuto minor materiale informativo e notizie dai media relativi alla protezione psicologica. È importante dunque potenziare i servizi di assistenza psicologica e di intervento durante situazioni di emergenza, ponendo l'attenzione anche sulla tutela della salute mentale del personale sanitario che opera all'interno di questi servizi e sulla formazione continua degli stessi, monitorando l'impatto dello stress e dei fattori psicologici sul benessere mentale di tutti.¹⁰⁶

Per quanto riguarda il personale infermieristico, lo studio condotto in un ospedale pubblico terziario di Xiamen (provincia del Fujian), ha rilevato una prevalenza di ansia al 40,8% e di depressione al 26,4%. In maniera più approfondita, è emerso come durante l'emergenza pandemica gli infermieri fossero più soggetti a disagi e stress psicologici, dovuti sia alla minor aderenza alle misure protettive indicate (l'ospedale coinvolto nello studio non era dedicato ai pazienti Covid-19 ma poteva ospitare individui con febbre e sintomi potenzialmente riconducibili al Covid-19) che alla mancanza di sicurezza dovuta all'assenza di formazione adeguata per fronteggiare l'epidemia. Ne deriva infatti la correlazione tra minor fiducia in sé da parte del personale infermieristico e maggiore incidenza di ansia e di disagio psicologico. Lo studio individua anche la correlazione tra titoli professionali più elevati e maggiore prevalenza di sintomi depressivi, derivanti dalle capacità di valutazione dei rischi e dalle forti responsabilità attribuite al personale competente ed esperto.¹⁰⁷

In generale, riguardo gli effetti psicologici dell'epidemia di SARS-CoV-2 sullo staff medico sono stati condotti svariati studi.

Uno di questi, condotto tra il 10 e il 20 febbraio del 2020, riporta sostanziali differenze tra i professionisti sanitari entrati in contatto diretto con individui infetti e chi invece non ha avuto interazioni dirette. Difatti il trattamento diretto di pazienti positivi, unito a fattori quali essere

¹⁰⁶ Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., Yao, L., Bai, H., Cai, Z., Xiang Yang, B., Hu, S., Zhang, K., Wang, G., Ma, C., & Liu, Z. (2020). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 11–17.

¹⁰⁷ Xiong, H., Yi, S., & Lin, Y. (2020). The Psychological Status and Self-Efficacy of Nurses During COVID-19 Outbreak: A Cross-Sectional Survey. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 57, 004695802095711.

residenti nella provincia dello Hubei (alla quale appartiene Wuhan e che risulta essere l'area più colpita dalla pandemia) ed essere a propria volta casi sospetti, è direttamente associato a maggiori livelli di ansia rispetto a chi, pur lavorando come sanitario, non ha avuto esposizione e contatti diretti con pazienti positivi o residente in altre province della Cina.

Uno tra i motivi che hanno inciso nei risultati presentati nello studio è sicuramente il livello maggiore di lavoro e di impegno richiesto ai sanitari che lavorano nelle aree maggiormente colpite, come appunto quella dello Hubei. L'elevato numero di casi di positività al Coronavirus, l'organizzazione centralizzata degli ospedali per istituire delle zone dedicate esclusivamente alle procedure standard di isolamento, e il pesante carico di lavoro negli ospedali sono tutti elementi che aggravano ulteriormente le ricadute psicologiche negative sullo staff medico intervistato. La forte carenza di materiale sanitario di protezione - come mascherine, occhiali e indumenti - registrata nelle fasi iniziali dell'emergenza sanitaria non ha sicuramente contribuito ad alleviare i timori della malattia e le preoccupazioni sulla trasmissibilità della stessa ai propri familiari, anche da parte dei sanitari quotidianamente esposti al rischio di infezione.¹⁰⁸

L'obiettivo dello studio di Fu et al. è quello di valutare la gravità di ansia e depressione manifestate dagli operatori sanitari operanti in tutta la Cina e in situazioni con vari livelli di rischio di esposizione al contagio da virus SARS-CoV-2 nella fase iniziale della pandemia (indagini condotte dal 22 febbraio al 9 marzo 2020), in più cerca di individuare la relazione tra la salute mentale degli individui e la protezione dell'ambiente di lavoro e l'orientamento mediatico.

Una tendenza a sviluppare maggiore ansia nella fase iniziale della pandemia è stata osservata nei soggetti che avevano perso un collega, che lavoravano in aree a basso rischio, che riportavano uno stato di salute personale debole. Più del 50% degli intervistati riportava sintomi d'ansia, di cui più del 10% ha ricevuto diagnosi di ansia grave.

Essere divorziato o vedovo rappresentava, per il personale sanitario, un fattore associato a rischi maggiori di sviluppare disturbi mentali.

Anche relativamente alla copertura mediatica relativa al Covid-19, chi riceveva più della metà di notizie e informazioni negative e/o false aveva molte più probabilità degli altri di provare grave ansia.

Ugualmente per la depressione, con lo staff medico nella fascia di età 18-30 anni che aveva probabilità significativamente maggiori di soffrire di gravi sentimenti depressivi.

¹⁰⁸ Liu, C.-Y., Yang, Y., Zhang, X.-M., Xu, X., Dou, Q.-L., Zhang, W.-W., & Cheng, A. S. K. (2020). The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: a cross-sectional survey. *Epidemiology and Infection*, 148.

Inoltre, il personale infermieristico e in generale le donne, come emerge dallo studio, hanno maggiore probabilità di sviluppare disturbi mentali, così come sono soggette a maggiori rischi di infezione essendo a contatto diretto e prolungato con i pazienti positivi e infetti.

Nonostante la minore quantità di casi nelle aree a basso rischio, i risultati dello studio rivelano una condizione di salute mentale degli operatori sanitari peggiore rispetto a quella riscontrata nelle aree a rischio alto e/o moderato. Difatti, vista la precedenza data a queste ultime aree, spesso accade che nelle aree a basso rischio ci sia carenza di materiale sanitario e protettivo, che l'esperienza dei sanitari nella gestione delle emergenze sia limitata o insufficiente, così come la loro formazione e fiducia nelle capacità di gestione di una epidemia contagiosissima.¹⁰⁹

Lo studio di Hou et al. mira a misurare l'ansia provata dal personale infermieristico ad un anno esatto dallo scoppio della pandemia, differenziando all'interno del campione (701 individui in 5 ospedali locali della provincia del Jiangsu) tra infermieri ad alto rischio e a basso rischio. È importante evidenziare che nessuno degli individui intervistati ha problematiche di salute mentale (criterio di esclusione dalla ricerca).

Dai risultati emerge che la prevalenza complessiva di ansia nel personale infermieristico a distanza di un anno dallo scoppio dell'epidemia è del 21,4%, con livelli molto più elevati di ansia registrati negli infermieri ad alto rischio rispetto a quelli a basso rischio. Soltanto nel gruppo di infermieri ad alto rischio invece è stata riscontrata la tendenza a livelli più elevati di ansia negli infermieri di mezza età e con titoli professionali intermedi.

Quanto emerso dalla ricerca riguarda anche il ruolo di resilienza e supporto sociale in correlazione con l'ansia: resilienza e supporto sociale percepito sono correlati positivamente, ed entrambi sono correlati negativamente con l'ansia.¹¹⁰

Xu et al. hanno provato ad indagare le condizioni psicologiche del personale di chirurgia del *Baoshan Branch*, nello *Shanghai Shuguang Hospital*, differenziando la raccolta dei dati in due differenti periodi di tempo: il primo intervallo copre l'inizio e lo scoppio dell'epidemia (dal 28 gennaio al 29 febbraio 2020) e il secondo intervallo corrisponde al periodo successivo (non dello

¹⁰⁹ Fu, M., Han, D., Xu, M., Mao, C., & Wang, D. (2021). The psychological impact of anxiety and depression on Chinese medical staff during the outbreak of the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Annals of Palliative Medicine*, 10(7), 7759–7774.

¹¹⁰ Hou, T., Yin, Q., Xu, Y., Gao, J., Bin, L., Li, H., Cai, W., Liu, Y., Dong, W., Deng, G., & Ni, C. (2021). The Mediating Role of Perceived Social Support Between Resilience and Anxiety 1 Year After the COVID-19 Pandemic: Disparity Between High-Risk and Low-Risk Nurses in China. *Frontiers in Psychiatry*, 12.

scoppio, dal 2 al 21 marzo 2020).

Quello che emerge nella comparazione dei due gruppi rivela una maggiore incidenza e livelli più elevati di ansia, depressione, sogni di tipo ansioso e punteggio nella scala SF-36 da parte del personale chirurgico intervistato durante lo scoppio dell'epidemia di Covid-19.

Lo studio mette in luce anche le difficoltà, spesso dimenticate, dei chirurghi e degli anestesisti, i quali sono a contatto diretto con i pazienti, spesso positivi al virus senza averlo dichiarato, aumentando in questa maniera il rischio di infezione e di contagio per i sanitari e impattando negativamente sui loro stati psicologici, portando ad un aumento di ansia e depressione.¹¹¹

Anche lo studio di Lu et al. svolge un'analisi sulle condizioni dello staff medico (2.042 tra dottori e infermieri) operante in prima linea contro il Covid-19 e lo mette a confronto con 257 soggetti appartenenti allo staff amministrativo ospedaliero (non clinici, dunque difficilmente a contatto diretto con pazienti infetti e con il rischio di trasmissione diretta del virus).

Lo studio analizza l'incidenza di paura, ansia e depressione che, per quanto riguarda il personale sanitario, si attestano rispettivamente al 70,6%, al 25,5% e al 12,1%. Tutti e tre i valori risultano superiori rispetto a quelli registrati per il gruppo dello staff amministrativo.

Successivamente vengono analizzati i fattori che hanno un'incidenza neuropsicologica sui risultati emersi: tra questi emergono le preoccupazioni relative alla presenza di soggetti asintomatici e dunque alla diffusione incontrollata del virus, la mancanza di materiale protettivo idoneo, timori relativi all'evoluzione della pandemia e all'impossibilità di controllarla.

Infine, Lu e colleghi distinguono il campione in tre sottogruppi, a seconda del rischio di infezione che corrono: gli HCWs in prima linea sono ad alto rischio, coloro che operano in altri dipartimenti ospedalieri presentano un rischio basso, mentre la terza categoria è quella dello staff amministrativo non clinico. Quello che emerge è una significativa prevalenza di ansia tra chi rientra nel gruppo ad alto rischio rispetto a chi incorre in un rischio basso, inoltre è netta la sproporzione tra il primo gruppo (ad alto rischio) e il gruppo dello staff non clinico: la prevalenza di paura è 1,4 volte superiore nei medici e infermieri ad alto rischio, mentre la prevalenza di ansia e di depressione superano di ben 2 volte quelle dello staff amministrativo.¹¹²

¹¹¹ Xu, J., Xu, Q., Wang, C., & Wang, J. (2020). Psychological status of surgical staff during the COVID-19 outbreak. *Psychiatry Research*, 288, 112955.

¹¹² Wen Lu, Hang Wang, Yuxing Lin, Li Li, Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*. Volume 288, 2020, 112936, ISSN 0165-1781, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112936>.

4.2.3 La depressione degli studenti

Li et al. hanno condotto uno studio per misurare l'impatto della pandemia e delle misure di contenimento disposte dalle autorità cinesi su un campione di studenti della *Hebei Agricultural University* di Baoding. Il campione analizzato comprende 555 studenti estratti da una precedente indagine condotta il 20 dicembre 2019, prima che scoppiasse l'epidemia di Covid-19. Li e colleghi hanno considerato i risultati di questa precedente indagine come riferimento della salute mentale degli studenti in condizioni normali, poi hanno sottoposto lo stesso campione ad una seconda indagine a febbraio 2020, circa due settimane dopo la disposizione dei lockdown e isolamenti predisposti dal governo cinese.

I questionari e le scale utilizzate (PANAS-PA per influenze positive, PANAS-NA per influenze negative¹¹³ e PHQ-4) hanno riportato un aumento di ansia e depressione dopo due settimane di isolamento, aggravato da fattori come la paura dell'infezione (sia a livello generale di comunità che a livello personale) e la scarsità di forniture sanitarie quali igienizzanti a base alcolica.¹¹⁴

Sempre riguardo gli studenti universitari, Li et al. hanno condotto uno studio per analizzare i sintomi psicologici manifestati e connessi al Covid-19 (paura, ansia, conformismo, invulnerabilità, mancanza di sensibilità e ribellione) e la loro correlazione con il genere, il luogo di residenza e il reddito familiare annuo dei 1.168 soggetti intervistati tra l'1 aprile e l'1 giugno 2020, provenienti dalla *Wuhan University of Science and Technology* (WUST).

Durante l'epidemia, il 58,39% dei soggetti ha riscontrato sintomi di paura e il 62,64% ha manifestato sintomi di ansia.

Dalle analisi della ricerca emerge anche la maggiore prevalenza e livelli più elevati di ansia negli studenti di grado più avanzato rispetto alle matricole.

Relativamente al luogo di residenza, gli studenti che abitano nelle zone ad alto e/o medio rischio hanno livelli di ansia e paura superiori a quelli delle zone a basso rischio, dovuto anche alla riduzione delle restrizioni e dunque alla possibilità di svolgere attività comunitarie e mantenere rapporti sociali con un effetto positivo sull'equilibrio mentale.

Per quanto concerne i sintomi relativi alla mancanza di sensibilità negli studenti, lo studio mostra

¹¹³ PANAS, *Positive And Negative Affect Schedule*, è un questionario per misurare influenze positive e/o negative (vedi Appendice 2).

¹¹⁴ Li, H. Y., Cao, H., Leung, D. Y. P., & Mak, Y. W. (2020). The Psychological Impacts of a COVID-19 Outbreak on College Students in China: A Longitudinal Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 3933.

come questi dipendano significativamente dal reddito familiare annuo, con i livelli più elevati osservati nel ceto medio (assenza di pressione finanziaria). Similmente, gli studenti appartenenti alle classi più agiate, con reddito familiare annuo superiore, riportano i livelli maggiori di ansia in quanto temono per le proprie attività e finanze.¹¹⁵

Anche 7.143 studenti della facoltà di medicina di Changzhi nella provincia dello Hubei sono stati oggetto di indagine nello studio condotto da Cao et al. per valutare le condizioni di salute mentale nei giovani studenti durante il Covid-19. Quello che è emerso mostra una prevalenza di sintomi d'ansia al 24,9%. Tra i fattori correlati alle manifestazioni di ansia troviamo che gli studenti che non abitano più insieme ai genitori, quelli che provengono dalle aree rurali, quelli che non hanno un reddito familiare stabile e quelli che hanno un familiare o amico positivo al Covid-19 sono soggetti a sviluppare maggiore ansia e a livelli più gravi.

Altri elementi di stress sono la preoccupazione per le ricadute economiche che la pandemia ha e avrà sulla vita degli studenti stessi, così come le preoccupazioni relative a ritardi nella propria carriera accademica e, in generale, gli effetti negativi che possono ricadere sulla vita quotidiana. I risultati dello studio non presentano differenze sulla base del genere degli studenti, mentre è molto netta e significativa la disparità tra chi risiede nelle aree rurali e chi nelle aree urbane. Difatti sono questi ultimi a godere di una salute mentale migliore, in quanto dispongono di migliori condizioni e servizi sanitari (nelle campagne aumentano i decessi correlati al Covid-19), di eccellenti risorse educative e hanno la possibilità di accedere a molti più mezzi e canali di informazione per conoscere e imparare a contrastare la diffusione dell'epidemia.¹¹⁶

Zhang et al. hanno analizzato le condizioni dei bambini e adolescenti (età 6-15 anni) che hanno ADHD e l'andamento delle loro condizioni durante il periodo epidemico. L'indagine è stata condotta su 241 genitori, relativamente alle realtà vissute nelle proprie famiglie, ed è importante considerare questo aspetto in quanto porgere le stesse domande direttamente ai bambini e ragazzi porterebbe con elevate probabilità a risultati differenti.

I risultati riportati in questo studio presentano un peggioramento significativo nei comportamenti dei soggetti coinvolti rispetto ad uno stato naturale al di fuori del periodo pandemico. In

¹¹⁵ Li, Y., Qin, L., Shi, Y., & Han, J. (2021). The Psychological Symptoms of College Student in China during the Lockdown of COVID-19 Epidemic. *Healthcare*, 9(4): 447.

¹¹⁶ Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287, 112934.

particolare, i genitori riportavano nel 67,22% dei casi un aumento nella frequenza di episodi di rabbia, un peggioramento della routine quotidiana nel 56,02% dei casi e un peggioramento anche nella capacità di concentrazione e di mantenimento della stessa riscontrato nel 53,94% dei casi. I fattori che hanno inciso particolarmente su questi risultati sono senza dubbio l'alterazione della routine obbligata dalle misure stringenti e restrizioni applicate dal governo per far fronte all'epidemia di contagi provocata dal virus SARS-CoV e anche la conseguente interruzione dei servizi di assistenza e continuità che, tra le altre cose, hanno impedito ai bambini e ragazzi di coltivare le proprie relazioni sociali e interpersonali e al tempo stesso hanno riversato interamente il carico della gestione del disturbo sulle spalle dei genitori.¹¹⁷

Sempre rimanendo nella categoria dei bambini, quello condotto da Zhou et al. è il primo studio su scala mondiale che affronta le problematiche vissute dai bambini che hanno almeno un genitore che soffre di disturbo mentale (in inglese COPMI, *children of parents with mental illness*) durante l'emergenza del Covid-19. Le indagini riguardano 665 bambini provenienti da sei diverse - a livello geografico ma anche economico e sociale - zone della Cina, tra marzo e aprile 2020.

Quella che Zhou e colleghi presentano è una condizione estremamente difficile: il 65,1% riporta preoccupazioni - moderate o gravi - relative all'epidemia, con un incremento per chi proviene dall'epicentro (Wuhan); il 17,7% riporta di aver subito una qualsiasi forma di violenza domestica, il 12,5% dei bambini dichiara che la salute mentale dei genitori ha subito un peggioramento durante la pandemia, e ciò inevitabilmente si ripercuote sulla loro maggiore esposizione di essere soggetti a ogni tipo di violenza domestica (abusi emotivi e/o abusi fisici, sia diretti che indiretti). Inoltre, il 26,9% dei bambini intervistati riporta severe difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari e assistenziali, mentre il 44,2% dichiara la mancanza di materiali di vitale importanza, così come le misure di auto-protezione non sono possibili per il 55,4% dei partecipanti.

Inoltre, gli effetti negativi della pandemia impattano, in maniera differente ma consistente, diversi aspetti delle loro vite: il 72,6% ha registrato ricadute sulle proprie attività quotidiane, per il 54% dei bambini il Covid-19 ha colpito la propria salute fisica e per il 52,8% quella mentale, mentre il 38% riporta difficoltà nelle proprie relazioni interpersonali e ben il 28% ha riscontrato peggioramenti significativi nelle relazioni all'interno della propria famiglia.

Dallo studio emergono come fattori di rischio per il benessere mentale di questi bambini la preoccupazione moderata per il Covid-19, la riduzione del reddito familiare, subire personalmente

¹¹⁷ Zhang, J., Shuai, L., Yu, H., Wang, Z., Qiu, M., Lu, L., Cao, X., Xia, W., Wang, Y., & Chen, R. (2020). Acute stress, behavioural symptoms and mood states among school-age children with attention-deficit/hyperactive disorder during the COVID-19 outbreak. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102077.

o testimoniare abusi fisici ai danni di familiari, il bisogno di aiuto nel mantenere e gestire la salute mentale di uno o più membri della famiglia.

Mettendo in comparazione i bambini provenienti dalla zona di Wuhan e quelli delle restanti aree, emerge per i primi una prevalenza significativa di problematiche interpersonali e di una peggiore condizione globale di salute mentale, con effetti avversi del Covid-19 molto più prevalenti e pesanti.

È fondamentale dunque, per questa specifica categoria di popolazione ma non solo, investire in ottimi strumenti di supporto psicosociale e di allestire reti che coprano universalmente tutti il territorio cinese, offrendo sostegno e opportunità tramite la collaborazione congiunta di autorità governative, enti sanitari, organizzazioni non-governative e i servizi di welfare (in questo caso rivolti all'infanzia).¹¹⁸

4.2.4 La sofferenza delle categorie vulnerabili

Tra le categorie vulnerabili, si annoverano in primo piano gli anziani. L'età, infatti, è un fattore che causa una concomitanza di molteplici patologie e che in generale espone a rischi maggiori - e indubbiamente differenti - rispetto a quelli propri di una fascia di età più giovane.¹¹⁹

L'invecchiamento della popolazione, ampiamente diffuso, è e sta diventando un problema sempre più grave per la Cina, che detiene il primato mondiale per l'anzianità della sua popolazione.

Nel 2017 sono stati registrati nel Paese 240 milioni di adulti in età avanzata (maggiore di 60 anni), equivalente al 17,3% della popolazione totale cinese; più di 30 milioni avevano superato gli 80 anni e 40 milioni necessitavano di assistenze e cure a lungo termine, dovute a disabilità o a situazioni di necessità in cui l'anziano non aveva familiari che potessero assisterlo (es. non aveva figli, o questi abitavano lontani dal genitore).

Perciò, anche la grande incidenza di anziani nel Paese ha contribuito in larga misura alle ricadute negative del Covid-19 sulla quotidianità e sulla salute delle persone.

Ancora più a rischio e più gravemente colpiti sono stati gli anziani che già, prima dell'avvento del

¹¹⁸ Zhou, T., Chen, W., Liu, X., Wu, T., Wen, L., Yang, X., Hou, Z., Chen, B., Zhang, T., Zhang, C., Xie, C., Zhou, X., Wang, L., Hua, J., Tang, Q., Zhao, M., Hong, X., Liu, W., Du, C., ... Yu, X. (2021). Children of parents with mental illness in the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey in China. *Asian Journal of Psychiatry*, 64, 102801.

¹¹⁹ Yang, Y., Li, W., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T., & Xiang, Y.-T. (2020). Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4): 19.

Covid-19, avevano condizioni psichiatriche alterate o eccessivamente preoccupanti e che hanno vissuto in maniera amplificata la sofferenza provocata dall'epidemia, dovuta anche alla rapidità di diffusione della stessa e all'elevato tasso di mortalità.¹²⁰

Tra gli adulti cinesi di età avanzata, infatti, i disturbi connessi alla salute mentale sono risultati molto comuni, con un'incidenza di sintomi depressivi nel 23,6% della popolazione.¹²¹

Anche in questi soggetti, dunque, si è registrato un aumento vertiginoso di problemi psicologici quali disturbi d'ansia, depressione o più in generale disagio e stress¹²², senza la possibilità di ricevere la giusta assistenza a causa, ad esempio, delle restrizioni imposte dalle misure di quarantena o della chiusura forzata dei trasporti pubblici.¹²³

Occorre comunque precisare che, a prescindere dalla quarantena o dall'isolamento, non tutte le città hanno vissuto e sofferto l'epidemia e il suo contenimento alla stessa maniera.

Emerge dagli studi condotti, infatti, come nella città di Wuhan non fosse necessaria - o almeno non indispensabile - la presenza delle restrizioni per generare ansia e disagio tra gli abitanti. Difatti, sarebbero stati sufficienti il report dei nuovi casi di contagio o ancor più dei decessi, così come l'incremento drastico e la tipologia di notizie riportate dai media, per seminare angosce e timori negli individui.

Non è un caso che si sia diffuso «Panico a Wuhan» come 'motivetto' esplicativo della situazione reale.¹²⁴

Lo studio di Hao et al. è centrato sull'analisi di sintomi psichiatrici manifestati durante il Covid-19 e mette in comparazione, all'interno del campione trattato, 76 pazienti psichiatrici con 109 soggetti sani appartenenti al gruppo di controllo. I dati provengono dal database del *First People's Hospital of Chongqing Liang Jiang New Area*.

¹²⁰ Psychiatry Advisor. *Mental Health Concerns Arise Amid COVID-19 Epidemic*. 26/02/2020. <https://www.psychiatryadvisor.com/home/topics/general-psychiatry/mental-health-concerns-arise-amid-covid-19-epidemic/>

¹²¹ Li, D., Zhang, D., Shao, J., Qi, X., & Tian, L. (2014). A meta-analysis of the prevalence of depressive symptoms in Chinese older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 58(1), 1–9.

¹²² Duan, L., & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4): 300–302.

¹²³ Yang, Y., Li, W., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T., & Xiang, Y.-T. (2020). Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4): 19.

¹²⁴ Rubin, G. J., & Wessely, S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. *BMJ*, 313.

Quello che emerge ritrae una realtà in cui i pazienti psichiatrici, rispetto al gruppo di controllo, riportano punteggi e livelli superiori nella scala IES-R (che misura sintomi post-traumatici) e nel punto di taglio per ottenere la diagnosi di PTSD, hanno sintomi maggiori di ansia, depressione e stress da moderati a gravi (misurati con scala DASS-21), presentano anche maggiori livelli di insonnia da moderata a grave (scala ISI). I pazienti psichiatrici intervistati mostrano anche più rabbia e impulsività (21%) rispetto al gruppo di controllo, hanno maggiori e gravi preoccupazioni per la propria salute fisica (29%), riportano maggiore tendenza a ideazione suicidaria da moderata a grave (11,8%).

Inoltre, la presenza di sintomi fisici - riconducibili al Covid-19 - nei 14 giorni precedenti era associata a livelli significativamente superiori nelle scale di ansia e stress (sottoscale del DASS-21), chi non aveva avuto cambiamenti o riportava peggioramenti a livello di salute aveva maggiore probabilità di ottenere punteggi elevati in tutte le scale impiegate nell'analisi (DASS-21 per depressione, ansia e stress, IES-R per sintomi PTSD, ISI per insonnia) rispetto a chi aveva notato miglioramenti nella propria salute. Anche avere una malattia psichiatrica era associato con punteggi maggiori in tutte le scale. Ciò è in parte dovuto anche alle difficoltà maggiori riscontrate dai pazienti psichiatrici durante lo scoppio dell'epidemia e la conseguente interruzione dell'erogazione di servizi di salute mentale, avvenuta per far posto e convergere le risorse sanitarie nella lotta al Covid-19 e a contrastare la rapida diffusione del virus oltre che a curare gli individui contagiati.¹²⁵

Li et al. hanno preso come target del loro studio i lavoratori che hanno subito perdite di reddito a causa del Covid-19 e hanno condotto il primo studio che analizza i problemi mentali di questa categoria di popolazione. Le ricerche sono state condotte dal 25 aprile al 9 maggio 2020 su un totale di 398 cittadini cinesi maggiorenni, utilizzando le versioni cinesi delle scale di misurazione di ansia (GAD-7), depressione (PHQ-9), insonnia (ISI-7) e disagio (IES-7).

I risultati emersi da queste scale hanno rivelato livelli più bassi nei partecipanti nella coorte di età da 26 a 30 anni rispetto agli over 40, livelli più alti in coloro che risiedono nella provincia di Hubei rispetto ad altre province e livelli più bassi per i residenti urbani rispetto a quelli delle zone rurali. Inoltre, chi ha riscontrato perdite di reddito più consistenti ha una tendenza maggiore a manifestare sintomi di ansia, depressione e insonnia, mentre essere sposato/a è associato a un

¹²⁵ Hao, F., Tan, W., Jiang, L., Zhang, L., Zhao, X., Zou, Y., Hu, Y., Luo, X., Jiang, X., McIntyre, R. S., Tran, B., Sun, J., Zhang, Z., Ho, R., Ho, C., & Tam, W. (2020). Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 100–106.

rischio maggiore di depressione.

A livello generale, lo studio riporta una prevalenza di depressione al 45,5%, di ansia al 49,5%, di insonnia al 30,9% e di disagio al 68,1%.

Infine, le analisi restringono il campione alle donne in gravidanza (che hanno registrato perdite di reddito causate dal Covid-19) e i dati preoccupanti che le vedono soggette a maggiori rischi rispetto a chi non è incinta: per le donne in stato di gravidanza, si registrano prevalenze al 64,4% di sintomi depressivi, all'82,8% di sintomi d'ansia, al 53,3% di sintomi d'insonnia e all'84,4% di sintomi di disagio.¹²⁶

Wang Weibing, epidemiologo dell'Università Fudan di Shanghai, ha dichiarato che i rischi che seguono lo scoppio di una pandemia non sono gli stessi a seconda che avvengano nelle aree urbane o rurali, e ciò esprime una sintesi corretta della situazione medica e assistenziale della Cina e delle sue profonde disegualianze.

Difatti, le cause di questa realtà sono molteplici. In primis, la quantità di strutture e di servizi non è la stessa, obbligando gli abitanti delle zone rurali ad una mobilità che si rivela limitata e difficile. In secondo luogo, anche la qualità dei servizi offerti e della tipologia di strutture fornite è molto disuguale. La procedura standard prevede che, all'interno dei villaggi, gli abitanti che necessitano di cure debbano per prima cosa ricorrere ai servizi della loro area, per passare poi al servizio sanitario municipale e, se necessario, all'ospedale di contea.

Una difficoltà ulteriore, poi, è data dal fatto che, secondo statistiche relative al 2019, gli ospedali in Cina compongono soltanto il 3,5% delle strutture sanitarie, pur coprendo il 45% circa delle prestazioni ambulatoriali di tutto il Paese.

La ridotta mobilità, l'incapacità al trattamento e alle cure, la difficoltà di scovare e gestire un focolaio fanno da cornice alla causa primaria della disparità finora riportata.

L'aspetto finanziario, difatti, accomuna gli altri fattori e gli elevati costi associati alle cure e al trattamento medico rappresentano il principale deterrente per l'accesso alle cure e la richiesta di assistenza, secondo quanto dichiarato dalla ricercatrice Kristen Looney, che studia lo sviluppo delle zone rurali in Cina.

I costi connessi al sistema sanitario e maggiori nelle aree rurali rispetto a quelle urbane però non

¹²⁶ Li, X., Lu, P., Hu, L., Huang, T., & Lu, L. (2020). Factors Associated with Mental Health Results among Workers with Income Losses Exposed to COVID-19 in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5627.

sono soltanto di tipo monetario ma anche in termini di tempo. Difatti, proprio per le caratteristiche e la disposizione delle strutture e dei servizi nelle aree rurali, per chi vi abita richiede molto tempo poter accedere e usufruire del servizio sanitario.

È un grande disincentivo questo, e ne consegue che molti cinesi, sperando di evitare di ricorrere ad esso, scelgono di tentare prima auto diagnosi e trattamenti fai da te. Nel caso del Covid-19, la situazione non è variata.

Ciò che è cambiato invece, nel corso degli anni, è la panoramica storica, sociale e culturale che circonda le politiche sanitarie attuate, le quali devono necessariamente tenere in considerazione tali trasformazioni.

Se osserviamo quanto emerge dallo studio condotto da Li et al.¹²⁷ scorgiamo i cambiamenti avvenuti nell'attuazione di nuove politiche sanitarie. Coprendo un arco temporale dal 1987 al 2020, notiamo differenze in termini di gruppo target a cui sono destinate le misure, di fornitura dei servizi (e quali di essi), di amministrazione e organizzazione, e di risorse impiegate.

Tra il 1987 e il 2001 le politiche di riforma sanitaria erano destinate ai giovani (bambini, adolescenti e studenti universitari), fornendo loro educazione alla salute mentale e occupandosi di servizi di riabilitazione basati sulla comunità e di pubblicità; l'organizzazione della sanità era basata sulla gestione e sull'utilizzo degli ospedali psichiatrici.

Dal 2002 al 2014 la gestione cinese della salute mentale è stata implementata con il National Basic Public Health Service Project del 2009 e l'attenzione è stata rivolta allo staff medico, ai soccorritori e alle vittime colpite dai disastri del terremoto del Wenchuan del 2008 e della SARS del 2003.

L'organizzazione è stata strutturata secondo una divisione di responsabilità e si è fatta sempre più avanti l'importanza del supporto finanziario, per fornire servizi di valutazione, monitoraggio e counseling psicologico.

Dal 2015 al 2020 alla base dei servizi vi erano i disturbi mentali gravi, il target era rappresentato dai pazienti affetti da tali disturbi, in particolare i bambini abbandonati nelle campagne (*left-behind children*) e i sanitari che lavoravano nell'assistenza primaria alla popolazione.

Con l'occorrenza del Covid-19, alla fine del 2019, i servizi hanno necessariamente subito una ulteriore specializzazione: gestione delle informazioni e interventi di classificazione erano rivolti a

¹²⁷ Li, H., Zhou, Q., Zhu, H., Shi, P., Shen, Q., Zhang, Z., Chen, Z., Pu, C., Xu, L., Hu, Z., Ma, A., Gong, Z., Xu, T., Wang, P., Wang, H., Hao, C., Li, C., & Hao, M. (2022). The evolution of mental health related policies in China: A bibliometric analysis, 1987–2020. *Frontiers in Public Health*, 10.

pazienti affetti da Covid-19, agli individui posti in isolamento e a quelli appartenenti alle categorie più vulnerabili, confermando l'attenzione sulla divisione di responsabilità e sull'importanza dei finanziamenti come risorsa a supporto del sistema sanitario cinese. Oltre a ciò, dallo studio emerge chiaramente la necessità che gli enti coinvolti nell'ideazione, nell'implementazione e nello sviluppo delle misure sanitarie (es. Ministeri della Sanità, dell'Economia, delle Finanze, ecc.) collaborino insieme e uniscano le proprie forze individuali per un bene comune.¹²⁸

Occorre quindi, in un'ottica di miglioramento, rafforzare la leadership di governo, migliorare il sistema di sanzioni e incentivi e potenziare i meccanismi di supervisione. In termini economici, il governo dovrebbe implementare fondi e sussidi alle istituzioni che si occupano di salute mentale, anche unendo le misure in un piano finanziario unificato che indichi delle direttive riguardo la gestione delle risorse economiche. Il Ministero della sanità cinese, per l'appunto, destinava solo il 2,3% dei finanziamenti totali agli ospedali psichiatrici, e solo il 3,1% a tutte le altre infrastrutture e servizi che si occupavano di salute mentale.¹²⁹

¹²⁸ *Ibid.*

¹²⁹ Liu FY, Xiao SY, Zeng WJ (2012), 论政府在精神卫生服务体系建设中的责任边界. *J Soc Sci Hunan Normal Univ.*, 1:23–7.

5. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE E UNO SGUARDO AL FUTURO

Secondo quanto emerge dal lavoro di ricerca (prima parte) e di analisi (seconda parte) condotto in questo elaborato, la salute mentale è un tema chiave negli sviluppi storici e sociali più recenti, ma ancor di più è un tema che avrà sempre maggiore rilevanza nel futuro.

Un aiuto sostanziale arriva anche dallo sviluppo tecnologico, che offre già numerosissime possibilità nella fornitura e nell'estensione dei servizi assistenziali di base ad una quota di popolazione - auspicabilmente - sempre più ampia.

L'avvento del Covid-19 ne ha sicuramente testato la resistenza, e abbiamo potuto vedere come molte aziende abbiano trasferito in rete i propri servizi, e come anche la sanità abbia seguito questa tendenza. Concetti e termini come 'telemedicina', difatti, sono entrati a far parte del lessico comune e, dalle ricette mediche elettroniche ai colloqui psicoterapici effettuati in videochiamata, accompagnano ormai la nostra quotidianità.

Per quanto riguarda la Cina, nello specifico, già dalla fine del 2020 si stava aprendo all'utilizzo dell'Intelligenza Artificiale, della tecnologia VR (di realtà virtuale) e in generale di Internet nella fornitura di servizi di salute mentale e nella gestione della stessa.

Dopo 3 giorni (fine gennaio) dal momento in cui il governo cinese ha indetto lo stato di lockdown per la città di Wuhan, *KnowYourself* (piattaforma di consulenza psicologica con base a Shanghai) ha messo a disposizione gratuitamente i suoi servizi online per i pazienti positivi al Covid-19, per gli operatori sanitari e per tutti coloro che avevano sviluppato disturbi e problemi mentali dovuti all'emergenza pandemica.

Zhao Jialu, a capo della gestione del team di lavoro dell'azienda, ha riportato una elevatissima richiesta e necessità da parte della popolazione di ricevere assistenza e supporto psicologico.

L'azienda ha messo a disposizione varie opzioni per gli utenti, dalla possibilità di chiamate e videochiamate con esperti alla fornitura di consulenze tramite sistemi di messaggistica, e per riuscire a occuparsi di tutte le richieste ha ampliato il gruppo di lavoro con più di 100 professionisti ed esperti e con volontari ai quali era stata fornita adeguata formazione.¹³⁰

L'account ufficiale *WeChat* dell'azienda, inoltre, ha messo a disposizione un repertorio di blog pubblicati a tema salute mentale e un elenco di psicologi a cui far riferimento sul territorio (esterni all'applicazione online) o gruppi di supporto per la salute mentale di cui entrare a far parte.¹³¹

Anche i colossi digitali in Cina, vista la situazione di emergenza legata al Covid-19, hanno dato il

¹³⁰ South China Morning Post. *Psychiatrists go online to improve mental health amid pandemic*. (30/03/2020)

¹³¹ Bridge Consulting. *Mental Health Tech in China: Where It's At and Where It's Going*. (30/10/2020)

loro contributo nello sviluppo di servizi online volti a fornire counseling psicologico alla popolazione. Alcune aziende, come *Alibaba Health*, *JD Health*, *We Doctor (Tencent)* e la piattaforma di consulto medico di *Baidu*, hanno poi reso gratuiti questi servizi durante i primi mesi del 2020. Significativo durante la pandemia anche il ruolo delle applicazioni: a disposizione degli utenti servizi differenziati inerenti la salute mentale, forniti online tramite social media (*WeChat*, *Douyin*, *Weibo*, ecc.), app di video brevi (*Douyin*, *Kuaishou*), app radiofoniche (*Himalaya*, *Qingting FM*), o anche un “uditore” assegnato per alleviare lo stress e le ansie degli utenti tramite l’ascolto e l’interazione con individui esperti (*Songguo Hearing*).

Nel Paese, inoltre, molte aziende che lavorano con l’IA lavorano nel campo della salute (*Yiyou Intelligence* ne conta più di 130) e, seppur ancora in fase di analisi e valutazione, la terapia tramite realtà virtuale (VR) è apparsa efficace per il trattamento di disturbi d’ansia, fobie e disturbi da stress post-traumatico (PTSD).

Cognitive Leap è un’azienda co-sviluppata dalla Cina e dagli Stati Uniti e ha come target i bambini, dunque affronta tramite l’IA e la realtà virtuale problematiche legate ai più piccoli, come ad esempio l’ADHD.

VTRT Solutions Beijing invece è la prima azienda cinese che si pone l’obiettivo di creare un programma terapeutico locale che sia abilitato alla realtà virtuale.

QingTech, con base a Shanghai, fa uso di una collaudata tecnologia *Eye Tracking* e collabora con il Centro di Salute Mentale di Shanghai per l’utilizzo della realtà virtuale nel trattamento dei pazienti in cura per abuso di sostanze.¹³²

Il sistema di salute mentale della Cina ha sempre tratto insegnamento dalle emergenze che il Paese si è trovato costretto ad affrontare e ha così implementato e ridefinito i propri servizi, sviluppando anche degli interventi di gestione delle crisi di gruppo e istituendo una rete di aiuti e servizi psicosociali.

Questo è successo dopo eventi tragici e disastrosi che appartengono alla memoria collettiva cinese, così è accaduto ora per arginare le difficoltà psicologiche urgenti emerse dalla convivenza con l’epidemia di Covid-19.

Attualmente non possiamo prevedere né tempistiche né modalità con cui la Cina - così come il resto del mondo - supererà definitivamente la minaccia del Covid-19. Le ricadute, non solo cinesi, sono state ingenti, disastrose, imprevedibili e hanno cambiato significativamente l’approccio della

¹³² *Ibid.*

comunità alla sanità e le richieste mosse ai governi. Sarebbe auspicabile trasformare la tragicità della pandemia in esperienza dalla quale attingere nel designare e aggiornare i servizi destinati alla comunità. Tra questi, la sanità non può non ricoprire ruoli di primo piano e, nella costruzione della complessa e sfaccettata struttura sanitaria, è indispensabile porre attenzione, risorse e idee al benessere psicologico e alla salute mentale (e sua tutela) di tutti gli individui.

6. APPENDICE 1

AUTORE/ ANNO	INFO/INDICATORI RILEVANTI	COPERTURA CAMPIONE	COPERTURA GEOGRAFICA	COPERTURA TEMPORALE	RISULTATI PRINCIPALI/HIGHLIGHTS
Ahmed M Z, Ahmed O, Aibao Z, et al. - 2020	Indagine su stato di salute mentale di popolazione cinese. Necessità di approccio multiforme a problematiche emerse. Utilizzo versioni cinesi BAI, BDI-II, AUDIT, WEMWBS (Warwick Edinburgh Mental Wellbeing Scale) e sezione informazioni personali.	1.074 individui cinesi	Cina (via Tencent)	scoppio epidemia Covid-19	Rispetto alla soglia, livelli più alti di ansia (29%), depressione (37,1%), utilizzo nocivo di alcol (40,2%) e livelli di benessere mentale più scarsi (32,1% con livello basso). Differenze significative in alcol e depressione tra Hubei e altre province. Giovani tra 21 e 40 anni più esposti a condizioni scarse di salute mentale e rischio di abuso di alcol.
Cai H, Tu B, Ma J, et al. - 2020	Il senso di responsabilità, sia sociale che lavorativa, ha un'incidenza sugli effetti psicologici, portando gli HCWs a sentirsi in dovere di continuare a fare turni molto lunghi e lavorare per tante ore.	534 pax (infermieri, medici, e staff ospedaliero in generale), 167 M + 367 F	Provincia dello Hunan (responsabile anche di tracciamento contatti e pazienti infetti)	Gennaio - marzo 2020	Ansia ed effetti psicologici per sicurezza propria e della famiglia, causati da info e notizie su mortalità di Covid-19. Fattori positivi sono: disponibilità di linee guida precise e rigorose e di attrezzature specializzate, riconoscimento da parte del governo e di direzione ospedaliera del lavoro e degli sforzi effettuati, riduzione numeri di nuovi casi infetti.
Cai Q, Feng H, Huang J, et al. - 2020	Utilizzo BAI, ISI, PHQ-9 + domanda su ideazione suicidaria.	1.173 HCWs in prima linea contro Covid-19 e 1.173 HCWs in altre corsie/reparti (non prima linea)	Cina (via Questionnaire Star)	11 - 26 febbraio 2020	HCWs in prima linea con livelli più elevati di tutti i problemi mentali (52,6%), inclusi sintomi ansia (15,7%), umore depresso (14,3%), insonnia (47,8%). Nessuna differenza sostanziale per ideazione suicidaria, richieste di aiuto e cure ricevute.
Cai W, Lian B, Song X, et al. - 2020	Distinzione tra sanitari che hanno o che non hanno già avuto esperienze di lavoro in situazioni di emergenza. Usate scale SCL-90, SSRS per sostegno sociale e CD-RISC (versione cinese di scala per resilienza).	1.521 sanitari	Provincia del Jiangsu	scoppio epidemia Covid-19	Per chi non ha esperienza riscontrati livelli peggiori di resilienza, benessere mentale e sostegno sociale, insieme a maggiore tendenza ad anomalie psicologiche legate a sensibilità interpersonale e ansia fotosensibile (fotica).
Cai Z, Cui Q, Liu Z, et al. - 2020	Indagine stato psicologico e fattori di rischio per infermieri in prima linea contro Covid-19 nel centro pandemico di Wuhan. Create 2 fasi di indagine. Tra interventi efficaci per mitigare il livello di disagio psicologico ci sono l'informazione psicologica online e delle misure e strumentazioni protettive adeguate.	1° fase: 709 pax 2° fase: 621 pax (di cui 81 infermieri da shelter hospital)	Renmin Hospital dell'Università di Wuhan (1° e 2° fase) + Wuchang Fangcang shelter hospital (solo 2° fase)	1° fase: 29 gennaio - 2 febbraio 2020 (scoppio pandemia) 2° fase: 26 - 28 febbraio 2020 (periodo stabile)	Durante pandemia 52,8% di infermieri ha sofferto di depressione, 46,9% di ansia, 38,5% di insonnia, 26% di PTSD. Rischi maggiori di sintomi depressione, ansia, PTSD per infermieri durante 1° fase; maggiori probabilità di problemi psicologici per infermieri di unità in prima linea (maggiore probabilità di far fronte a questi problemi, nonostante condizioni fisiche peggiori e incertezza maggiore relativa a pandemia rispetto ad altre unità). Infermieri di Wuchang Fangcang shelter hospital con rischi maggiori (significativamente, rispetto ad altre unità) di avere problemi psicologici.
Cao H, Zuo C, Li G, et al. - 2020	62,5% di HCWs si ritiene soddisfatto del proprio lavoro. Differenze emerse tra Wuhan vs altre città e tra Hubei rispetto ad altre province probabilmente dovute a utilizzo quotidiano prolungato di misure protettive e lavoro a contatto diretto con virus e infezione. Utilizzo di scale HAMA e HAMD.	1020 operatori non-sanitari (61,57% F) e 480 operatori sanitari (82,08% F)	3 diverse aree epidemiche della Cina: Wuhan, altre città in provincia dello Hubei (≠Wuhan); altre province della Cina (≠Hubei)	6 - 13 febbraio 2020	HCWs in Hubei con livelli più alti di ansia e depressione rispetto a operatori non-sanitari (differenza non riscontrata in altre province ≠Hubei). HCWs di Wuhan più ansiosi di pax in altre città; HCWs in Hubei con depressione più evidente rispetto a pax di altre province; ansia e depressione di operatori non-sanitari di Wuhan più grave di pax in altre aree.
Cao W, Fang Z, Hou G, et al. - 2020	Necessità di monitorare livello di salute mentale di universitari; utilizzo di scala GAD-7.	7.143 studenti	Facoltà di medicina Changzhi	scoppio epidemia Covid-19	Ansia diffusa tra gli studenti (24,9%). Peggioramento dovuto a effetti economici, ricadute su quotidianità, familiari e amici positivi al virus, ritardi su carriera accademica. Miglioramento dovuto a stabilità economica familiare, sostegno sociale, vivere in aree urbane e con i genitori.
Chen R, Liang S, Peng Y, et al. - 2020	Sintomi depressivi più elevati in chi spende 5+ ore su notizie relative al Covid-19, si allena meno di 30 minuti al giorno, non dorme regolarmente e non consuma di regola tre pasti al giorno. Utilizzo scale PHQ-9 e RESE.	323.489 studenti	85 licei nella provincia del Guangdong	13 - 22 febbraio 2020	Prevalenza sintomi depressivi al 7,7%: maggiori sono mancanza di energia, di piacere e disturbo del sonno. Incidenza di ideazione suicidaria al 7,2% nelle due settimane precedenti l'indagine.
Chi X, Liang K, Chen S, et al. - 2020	Tutela salute mentale di adolescenti passa anche da buone abitudini di vita (esercizio fisico regolare e dieta bilanciata). Utilizzo versioni cinesi di FCV-19S, HPLP-II, IPAQ-SF, YSIS, PHQ-9, GAD-7.	1.794 studenti (età 15+)	13 scuole medie pubbliche della città di Hechi (Guangxi)	13 - 20 maggio 2020	Prevalenza di sintomi depressione al 48,2%, insonnia al 37,8%, ansia al 36,7%. Tutti tre sintomi con livelli superiori in donne, minori "abbandonati" (left-behind children), studenti con più paura relativa al Covid-19. Attività fisica maggiore e migliore alimentazione incidono su riduzione livelli dei tre sintomi.

AUTORE/ ANNO	INFO/INDICATORI RILEVANTI	COPERTURA CAMPIONE	COPERTURA GEOGRAFICA	COPERTURA TEMPORALE	RISULTATI PRINCIPALI/HIGHLIGHTS
Ding H, Yin S, Cheng Y, et al. - 2020	Possibili errori nella diagnosi e nel trattamento dei pazienti dovuti a poca consapevolezza riguardo implicazioni neurologiche derivate da contrazione del Covid-19.	153 pazienti con Covid-19 non ricoverati in ospedale	Wuhan	scoppio epidemia Covid-19	Riscontrate manifestazioni neurologiche molto comuni in questa categoria (77,8%), anche in presenza di sintomi respiratori molto lievi. Prevalenza al 46,7% di manif. a carico di sistema nervoso centrale, al 69,3% di manif. a carico di sistema nervoso periferico.
Dong Z, Ma J, Hao Y, et al. - 2020	Utilizzo scala HEI (Huaxi Emotional-Distress Index). Evidenze sull'aumento di ore e intensità di lavoro per HCWs durante Covid-19 come fattore di stress.	4618 HCWs (2° linea)	33 ospedali delle province del Sichuan e dello Yunnan	2 - 13 marzo 2020	24,2% di staff medico ha avuto problemi psicologici durante Covid-19. Livelli più elevati di HEI in personale sanitario preoccupato per propria salute fisica o con parenti/ amici infetti.
Du J, Dong L, Wang T, et al. - 2020	Maggiore fattore di stress e ansia è la paura di contrarre infezione (per sé stessi e colleghi). Familiari/ amici contagiati e scarsa conoscenza del Covid-19 associati ad ansia elevata. Utilizzo scale PSS, BDI-II, BAI.	134 HCWs (60 di Wuhan + 74 impiegati a Wuhan provenienti da altre aree)	Wuhan	13 - 17 febbraio 2020	Prevalenza sintomi ansia al 20,1% e depressione al 12,7%, stress da moderato a grave al 59%. Sintomi maggiori ansia e depressione associati a mancanza preparazione psicologica e sostegno familiare, maggiore stress percepito e qualità del sonno scarsa.
Fang X, Zhang J, Teng C, et al. - 2020	Utilizzo di scale PHQ-9, SRQ (Stress Reaction Questionnaire), PANAS (Positive And Negative Affect Schedule)	191 operatori non-sanitari in prima linea nella lotta al Covid-19	Wuhan	20 febbraio - 20 marzo 2020	50,3% pax con sintomi clinicamente significativi per depressione. Fattori associati a sviluppo depressione sono: nascita dopo anni '90, essere donne, livelli elevati di reazione - emotiva e fisica - allo stress.
Fu M, Han D, Xu M, et al. - 2021	Emerge anche correlazione tra stato di salute mentale di HCWs e autenticità e orientamento dei mezzi di informazione utilizzati. Tutti (anche in zone a basso rischio) con impatti e ricadute psicologiche.	7.413 HCWs	Differenti zone in Cina con diversi livelli di rischio Covid-19	22 febbraio - 9 marzo 2020	33,74% con ansia, 27,65% con depressione. Emerge che particolari destinatari di misure di intervento a tutela della salute mentale di HCWs dovrebbero essere: le infermiere donne, chi è vedovo o divorziato, chi ha livelli peggiori di salute fisica, chi ha una protezione occupazionale insufficiente, chi ha meno esperienza clinica.
Fu W, Yan S, Zong Q, et al. - 2021	Non ci sono differenze significative sulla base del genere. Percezione di cattivo status economico familiare associata a sintomi maggiori di ansia. Utilizzo scala GAD-7 e MSPSS.	89.588 studenti	2 licei della Cina (via Questionnaire Star)	10 maggio - 10 giugno 2020	41,1% studenti ha sintomi d'ansia. Sintomi maggiori associati a: residenza in aree rurali, età 26-30 anni, livello inferiore di istruzione dei genitori, anno di corso successivo al primo, maggiori preoccupazioni e grande impatto di Covid-19 sulla propria vita, livelli medio-bassi di sostegno sociale.
Gao J, Zheng P, Jia Y, et al. - 2020	Prevalenza ansia superiore in Hubei, ma livelli di esposizione ai social media (SME) uguali ad altre province. Utilizzo GAD-7.	4.872 individui (età 18-85 anni)	31 province della Cina (via Wenjuanxing)	31 gennaio - 2 febbraio 2020	Prevalenza depressione al 48,3%, ansia al 22,6%; prevalenza comorbidità ansia+depressione al 19,4%. 82% pax ha esposizione frequente a social media, fattore associato a incremento ansia e ansia+depressione.
Guo J, Feng X L, Wang X H, van IJzendoorn Marinus H - 2020	Comportamenti adattivi focalizzati sul problema associati a minor disturbi, quelli focalizzati sull'emozione associati a maggior disturbi. Utilizzo scale CES-D, PTSS, PSQI e SCSQ.	2.441 individui (età 18+ anni)	31 province della Cina (via Wenjuanxing)	1 - 10 febbraio 2020	Esposizione molto frequente ai media, diretta esposizione al virus, residenza a Wuhan correlati a livelli più alti di disturbi mentali, ma impatto più elevato dato da comportamenti adattivi e influenza di Covid-19 sullo stile di vita. Esposizione diretta associata a rischi maggiori di depressione e insonnia. Impatto sullo stile di vita molto rilevante per PTSD.
Guo J, Liao L, Wang B, et al. - 2020	83,41% HCWs ritiene necessari interventi psicologici; 65,48% non ha trovato soluzione al proprio disagio psicologico. Utilizzo scale SAS e SDS.	11.118 HCWs	Cina (via WeChat)	18 - 20 febbraio 2020	Prevalenza depressione grave al 13,47%, ansia grave al 4,98%. 57,10% HCWs prova spesso panico e/o ansia. Livelli stress superiori in infermieri rispetto a medici e in HCWs più giovani.
Hao F, Tan W, Jiang L, et al. - 2020	Confronto di impatto psicologico e stress dovuto dal picco epidemico (e misure restrittive) su soggetti con malattie psichiatriche e soggetti senza. Utilità per sviluppo nuovi servizi di immunopsichiatria.	76 pazienti psichiatrici e 109 soggetti di controllo sani	First People's Hospital of Chongqing Liang Jiang New Area	19 - 22 febbraio 2020	In paz. psichiatrici livelli più alti di ansia, depressione, stress e insonnia; serie preoccupazioni per propria salute fisica; maggiori intenzioni suicidarie, rabbia e impulsività. Pazienti psichiatrici: 31,6% con requisiti per PTSD, 27,6% con insonnia grave, 23,6% con ansia grave, 22,4% con depressione grave, 17% con stress grave.
Hou T, Yin Q, Xu Y, et al. - 2021	1 anno dopo lo scoppio della pandemia i livelli di ansia rimangono elevati negli infermieri, e resilienza risulta un fattore protettivo contro l'ansia. Utilizza versioni cinesi di scale CD-RISC, PSSS, GAD-7.	701 infermieri, divisi in inf. ad alto rischio (37,8%) e inf. a basso rischio (62,2%)	5 ospedali locali della provincia del Jiangsu	gennaio 2021	Prevalenza complessiva di ansia negli infermieri al 21,4%; in inf. ad alto rischio è maggiore rispetto a inf. a basso rischio. Età e titolo professionale associati significativamente ad ansia solo in infermieri ad alto rischio (con effetti indiretti più elevati).
Hu Y, Chen Y, Zheng Y, et al. - 2020	Usate scale ISI, PHQ-9, GAD-7 + auto-percezione gravità della malattia.	85 pazienti con Covid-19	Tongji Hospital a Wuhan (designato per Covid-19, paz. Provenienti da due differenti reparti di isolamento)	7 - 24 marzo 2020	54,1% paz. con insonnia, 45,9% paz. con depressione, 38,8% paz. con ansia. Genere, gravità malattia e livelli di marcatori dell'infiammazione con effetti diretti su salute mentale dei pazienti; insieme con durata della malattia permettono di prevedere gravità conseguenze mentali.

AUTORE/ ANNO	INFO/INDICATORI RILEVANTI	COPERTURA CAMPIONE	COPERTURA GEOGRAFICA	COPERTURA TEMPORALE	RISULTATI PRINCIPALI/HIGHLIGHTS
Huang C, Xie J, Owusua T, et al. - 2021	ACT (Acceptance and Commitment Therapy, il cui target diretto è la flessibilità psicologica) potenzialmente benefica come approccio al supporto psicologico in pazienti sospetti di infezione di Covid-19.	180 pazienti (>18 anni, senza patologie) con infezione sospetta di Covid-19	Third Xiangya Hospital of Central South University (Changsha, Hunan) e Hainan General Hospital (Haikou)	30 gennaio - 6 aprile 2020	23,9% pazienti con livello GAD-7 superiore al cut point; 34,4% pazienti con livello PHQ-9 superiore al cut point. Flessibilità psicologica ha correlazioni significative con stress percepito, ansia generale e depressione e ha potenziale effetto di mediazione tra questi.
Huang J Z, Han M F, Luo T D, et al. - 2020	Utilizzo scale SAS e misurazione PTSD.	230 HCWs in prima linea	Cina	7 - 14 febbraio 2020	Prevalenza PTSD al 27,39%, ansia al 23,04%. in donne incidenza maggiore ansia e PTSD; in infermieri incidenza maggiore ansia rispetto a medici.
Huang Y, Zhao N - 2020	Indagine sul carico mentale di popolazione cinese, con osservazione di conoscenza del Covid-19, sintomi depressivi, di ansia e qualità del sonno. Utilizzo scale CES-D, GAD-7, PSQI.	7.236 volontari	Tutta la Cina (utilizzo NISEMH, National Internet Survey on Emotional and Mental Health)	3 - 17 febbraio 2020	Prevalenza ansia 35,1%, depressione 20,1%, scarsa qualità del sonno 18,2%. Elementi di rischio elevato sono l'età (<35 anni con rischio più alto di ansia e depressione), il tempo di focus sul Covid-19 (>3h/giorno) e la professione in ambito sanitario (maggiore probabilità problemi del sonno).
Kang L, Ma S, Chen M, et al. - 2020	1° paper su misurazione salute mentale di staff medico e infermieristico a Wuhan ed efficacia di connessione tra bisogni psicologici e ricezione di cure adeguate. Utilizzo scale PHQ-9, GAD-7, ISI-7, IES-R (evento misurato è occorrenza del COVID-19).	994 medici (18,4%) e infermieri (81,6%)	Wuhan	29 gennaio - 4 febbraio 2020	Emerge che staff accede a cure e servizi di salute mentale ridotti e limitati, nonostante disagi presenti indichino necessità di servizi per alleviare disturbi acuti e migliorare percezione di propria salute fisica e mentale; importanza di training e preparazione per sostenere peso psicologico durante emergenze.
Lai J, Ma S, Wang Y, et al. - 2020	Utilizzate versioni cinesi di scale PHQ-9, GAD-7, IES-R e ISI	1257 operatori sanitari (medici e infermieri, prima linea e seconda linea)	34 ospedali del territorio cinese (20 a Wuhan, 7 nell'Hubei, 7 in altre sette diverse province)	29 gennaio - 3 febbraio 2020	Depressione al 50,4%, ansia al 44,6%, insonnia al 34,0% e disagio al 71,5%. Sintomi maggiori in chi è a contatto con pazienti infetti, chi è in prima linea, donne, infermieri/e, chi lavora a Wuhan e nella provincia dello Hubei rispetto ad altri HCWs.
Li H Y, Cao H, Leung D Y P, Mak Y W - 2020	Indagine ansia e depressione prima del Covid-19 e su effetti positivi e negativi dopo quarantena. Misure di quarantena utili ed efficaci se: hanno una durata congrua, efficiente, e necessario accompagnarla a rifornimento adeguato di misure di protezione personale.	555 studenti universitari	Hebei Agricultural University di Baoding, Cina	1° indagine: dicembre 2019 + 2° indagine: febbraio 2020	Aumento evidente di effetti negativi delle misure di quarantena; emerse ansia e depressione da seconda indagine. Forniture inadeguate di igienizzante per le mani, perdita (e aggiunta) di un anno scolastico e alti livelli di ansia e depressione sono fattori di rischio e predittori dell'impatto negativo delle misure di quarantena.
Li X, Lu P, Hu L, et al. - 2020	Alta prevalenza di problemi mentali conseguenti al Covid-19. Utilizzo di scale PHQ-9, GAD-7, ISI-7, IES-R.	398 cittadini che hanno subito perdite di reddito a causa del Covid-19 (analisi specifica su donne in gravidanza)	Cina	25 aprile - 9 maggio 2020	Prevalenza depressione al 45,5%, di ansia al 49,5%, di insonnia al 30,9%, di disagio al 68,1%. Rischi maggiori di queste sintomatologie associati a fattori come lavorare nella provincia dello Hubei, avere ingenti perdite di reddito, ancor di più per le donne (soprattutto se incinte).
Li Y, Qin L, Shi Y, Han J - 2021	Solo sintomi di mancanza di sensibilità presentano differenze significative sulla base di genere, luogo di residenza e reddito annuo familiare (per tutti gli altri sintomi psicologici non c'è differenza significativa).	1168 studenti universitari	Wuhan University of Science and Technology (WUST)	1 aprile - 1 giugno 2020 (periodo primo lockdown)	Sintomi evidenti di paura e ansia in più di metà studenti (prevalenza ansia al 61,64%, paura al 58,39%). Emersi anche altri sintomi: conformismo (49,49%), vulnerabilità (26,11%), mancanza di sensibilità (21,49%) e ribellione (12,41%). In studenti senior riscontrati livelli di ansia superiori a studenti junior. Impatto dovuto anche a tassi di infezione e mortalità elevatissimi a inizio 2020.
Liang Y, Chen M, Zheng X, et al. - 2020	Grande pressione psicologica per medici e infermieri operanti in prima linea in ospedali convertiti in trattamento e isolamento per Covid-19. Utilizzo scale SDS e SAS.	59 pax personale medico e infermieristico	Fifth Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University (Guangdong)	3 - 21 febbraio 2020	Sintomi depressivi clinicamente significativi riscontrati in molti dei soggetti intervistati. Non particolari differenze relative a chi lavora in reparti esclusivamente Covid-19 e altri (es. terapia intensiva, reparti di isolamento).
Liang Y, Wu K, Zhou Y, et al. - 2020	Sovraccarico di lavoro ed elevata esposizione al rischio di infezione correlati a peggiore salute mentale di personale medico. Utilizzo scale PHQ-9, GAD-7, ISI, CD-RISC-10.	899 HCWs in prima linea contro Covid-19 + 1.104 pax (popolazione generale)	28 province (HCWs) + 31 province (popolazione) della Cina	14 febbraio - 29 marzo 2020	Sintomi più elevati di ansia, depressione e insonnia in HCWs rispetto a popolazione e in HCWs dell'Hubei rispetto ad altre aree. Fuori da provincia dello Hubei, resilienza di HCWs maggiore rispetto a popolazione. Per HCWs di Hubei, sintomi gravi di depressione al 30,43%, di ansia al 20,29%, di insonnia al 14,49%.

AUTORE/ ANNO	INFO/INDICATORI RILEVANTI	COPERTURA CAMPIONE	COPERTURA GEOGRAFICA	COPERTURA TEMPORALE	RISULTATI PRINCIPALI/HIGHLIGHTS
Lin J, Ren Y, Gan H, et al. - 2020	Analisi di resilienza personale medico (non-local) inviato a supporto di medici di Wuhan. Utilizzo versioni cinesi HADS, CD-RISC, SCSQ (Simplified Coping Style Questionnaire).	114 operatori sanitari inviati a Wuhan	Wuhan	febbraio 2020	Livelli inferiori di resilienza in infermieri rispetto a medici e altro personale; resilienza collegata direttamente a maggiore fiducia nelle proprie capacità, maggiore tempo speso in istruzione e formazione e supporto ricevuto dall'ospedale di provenienza. Correlazione inversa di resilienza con ansia e depressione.
Liu C, Yang Y, Zhang X, et al. - 2020	Necessario intervento psicologico adeguato gestito da autorità sanitarie e governo per prevenire, alleviare e curare l'aumento di ansia in HCWs.	512 pax staff medico cinese	Cina (via WeChat)	10 - 20 febbraio 2020	Livelli di ansia più elevati tra chi è stato a contatto diretto con pazienti infetti e chi è sospetto di infezione. Livelli più alti anche tra staff medico che opera nella provincia dello Hubei rispetto a chi è in altre province.
Liu D, Baumeister R F, Veilleux J C, et al. - 2020	Necessario intervento e lavoro per gestione dello stigma sociale associato alla pandemia e al virus, utile anche per migliorare condizione e salute mentale di pazienti ricoverati e in generale infetti.	675 pazienti dimessi dall'ospedale (inclusi 90 medici e infermieri che avevano contratto infezione)	Ospedale di Wuhan	11 - 22 aprile 2020	Effetti avversi a salute mentale rilevati dopo dimissione ospedaliera, cruciale è problema del sonno. Elemento che può preannunciare malattia mentale è grande discriminazione percepita per aver contratto il Covid-19, e per essere considerati quindi infetti e untori.
Liu Z, Han B, Jiang R, et al. - 2020	Rischi maggiori sintomi correlati a essere divorziati/ vedovi, di mezza età, infermieri, lavorare in reparti ad alto rischio, avere avuto il Covid-19. Utilizzo scale SAS, SDS e SRQ-20.	4.679 HCWs (medici e infermieri)	348 ospedali in 31 province della Cina	17 - 24 febbraio 2020	Prevalenza sintomi depressione al 34,6%, ansia al 16%, disagio psicologico al 15,9%. Comorbidità tre sintomi al 23,2%.
Lu C, Chi X, Liang K, et al. - 2020	Associazione tra PAT (tempo dedicato ad attività fisica) e ST (tempo di sedentarietà) + associazioni di questi con sintomi di insonnia, depressione e ansia in adolescenti durante Covid-19. Maggiore attività fisica e minore sedentarietà (<i>moving more and sitting less</i>) come misura di prevenzione e intervento per migliorare salute mentale di adolescenti cinesi. Utilizzo versioni cinesi di IPAQ-SF, YSIS, PHQ-9, GAD-7, FCV-19S.	965 adolescenti cinesi (15-17 anni)	10 scuole del distretto Hizhou della città Hechi (Guangxi)	13 - 20 maggio 2020	Sintomi depressione al 45,7%, sintomi insonnia al 34,9%, sintomi ansia al 34,4%. Maggiore paura del Covid-19 connessa a occorrenza dei tre sintomi; studenti con PAT elevato hanno meno probabilità di insonnia e depressione rispetto a chi ha basso PAT; chi ha ST alto ha livelli più alti di tutti i sintomi rispetto a chi ha ST basso. Studenti con entrambe buone abitudini (alto PAT e basso ST) hanno prevalenza significativamente ridotta per sintomi di ansia, depressione e insonnia.
Lu P, Li X, Lu L, Zhang Y - 2020	Rispetto all'inizio della pandemia, dopo l'allentamento del lockdown in Cina le proporzioni di ansia e depressione sono diminuite, tanto per gli HCWs che per la popolazione in generale. Utilizzo PHQ-9, GAD-7, PCL-C.	1.417 pax (27% HCWs + 73% popolazione generale)	Residenti a Wuhan	8 - 18 giugno 2020	HCWs con prevalenza depressione al 57,9%, di ansia al 56%, di PTSD al 16,2%. Infermieri con livelli più elevati di depressione e ansia rispetto a medici, ma livelli uguali (bassi) di PTSD. Popolazione con livelli inferiori di depressione e PTSD rispetto a HCWs, ma livelli superiori ansia. Fattori di rischio per pop. sono esposizione frequente ai social media e diminuzione del reddito; HCWs donne più inclini a depressione e ansia.
Lu W, Wang H, Lin Y, Li L - 2020	Riscontrata elevata suscettibilità del personale sanitario a disturbi di tipo psicologico. Livelli molto diversi tra i due gruppi. Utilizzate scala HAMA, HAMD + misurazione paura.	2.042 pax personale sanitario (medici e infermieri) e 257 pax staff amministrativo (non clinico)	Fujian Provincial Hospital	25 - 26 febbraio 2020	Personale sanitario in prima linea e a contatto con pazienti infetti con incidenza più alta paura (70,6%), ansia, (25,5%) e depressione (12,1%); rispetto a staff non clinico, possibilità di provare paura 1,4 volte superiore e 2 volte superiore x ansia e depressione.
Ma Z, Zhao J, Li Y, et al. - 2020	Sintomi di ansia e depressione più alti con presenza problemi mentali pregressi e in età avanzata. Con esposizione ai media per 3+ pre/giorno incidenza sintomi stress acuto 2,13 volte superiore rispetto a esposizione <1h/giorno. Utilizzo scale SPSS, PHQ-9, GAD-7, IES-6.	746.217 studenti (liceo e università)	Province del Guangdong e del Jiangxi	3 - 10 febbraio 2020	45% partecipanti con problemi mentali: prevalenza stress acuto al 34,9%, sintomi di depressione al 21,1% e di ansia all'11%. Comorbidità tre sintomi al 6,3%. Avere familiari/ amici infetti è associato a maggior incidenza tre sintomi. Bassa percezione di sostegno sociale correlata a maggiore probabilità di sintomi di ansia e depressione.
Mao L, Jin H, Wang M, et al. - 2020	Risultati studiati da due neurologi. Correlazione frequente tra Covid-19 e manifestazioni neurologiche può essere usata come strumento per diagnosi tempestiva di una delle due patologie.	214 pazienti ospedalieri, con diagnosi confermata clinicamente di Covid-19	3 centri di cura specializzati per Covid-19 allo Union Hospital della Huazhong University of Science and Technology a Wuhan	16 gennaio - 19 febbraio 2020	Pazienti con manifestazioni neurologiche gravi sono: più anziani, con meno sintomi Covid (febbre, tosse) e con più patologie pregresse (es. ipertensione), rispetto a paz. con manifestazioni non gravi.

AUTORE/ ANNO	INFO/INDICATORI RILEVANTI	COPERTURA CAMPIONE	COPERTURA GEOGRAFICA	COPERTURA TEMPORALE	RISULTATI PRINCIPALI/HIGHLIGHTS
Ning X, Yu F, Huang Q, et al. - 2020	Identificare prevalenza e fattori di influenza su ansia e depressione di questo campione (poco osservato). Utilizzo versioni cinesi di scale SAS e SDS.	612 HCWs del reparto di neurologia	Provincia dello Hunan	inizio febbraio 2020	Prevalenza generale ansia al 16,3%, depressione al 25%. Ansia e depressione maggiore in infermieri rispetto a medici, in giovani (<40 anni) e in chi ha titoli professionali junior rispetto ai senior; ansia maggiore in donne che in uomini. Fattore di rischio ansia è ritenere carente attrezzatura protettiva, fattore di rischio depressione è giovane età.
Pan Y, Xin M, Zhang C, et al. - 2020	Quantità, fonti e contenuti delle informazioni relative al Covid-19 a cui si è esposti influenzano la salute mentale degli individui e il rispetto delle misure preventive durante la fase di rientro al lavoro dopo lo scoppio della pandemia. Utilizzo PHQ-9 e SQS.	3.035 operai (18+ anni) a tempo pieno	14 aziende a Shenzhen	1 - 14 marzo 2020	Bassa prevalenza depressione grave (5,6%), prev. buona qualità del sonno al 69,5%. Ampio utilizzo mascherine e igienizzazione mani. Maggiore esposizione a informazioni specifiche sul Covid-19 associata a maggiori sintomi depressivi. Esposizione a notizie positive su pazienti / vaccini / Covid-19 legata a migliore salute mentale e maggiore rispetto misure preventive. Chi non controlla veridicità delle informazioni a cui è esposto ha sintomi depressivi maggiori e qualità del sonno ridotta.
Peng R, Zhou W, Zhou D, et al. - 2021	Identificare associazione tra sostegno sociale, protezione lavorativa e carico di lavoro con salute mentale + misurare ruolo di mediatore giocato dalla stanchezza/fatica. Utilizzo versioni cinesi di scale GAD-7, PHQ-9, PCL-5.	2.061 HCWs	Cina (via Wenjuanxing)	27 febbraio - 12 marzo 2020	Stanchezza è mediatore significativo nella relazione tra salute mentale e sostegno sociale, protezione occupazionale, carico di lavoro di HCWs. Sulla salute mentale di HCWs con affaticamento come mediatore, l'effetto indiretto di carico lavorativo è al 54,2%, effetto diretto di sostegno sociale è all'80,3%, effetto diretto di protezione occupazionale è al 76,6%.
Qi J, Xu J, Li B, et al. - 2020	Livelli tutti sintomi più elevati in HCWs in prima linea rispetto ad altri HCWs. Utilizzo PSQI, AIS e VAS.	1.306 HCWs (801 in prima linea + 505 non in prima linea)	Provincia dello Hubei	febbraio 2020	In HCWs, prevalenza scarsa qualità del sonno al 78,4% e insonnia al 51,7%. Per HCWs in prima linea, livelli disturbi del sonno più elevati in donne che uomini.
Qi T, Hu T, Ge Q, et al. - 2021	Stress cronico connesso a Covid-19 ha impatto su salute mentale di lungo termine di popolazione. Dopo 1 anno dallo scoppio del Covid-19 i livelli di ansia, depressione e insonnia rimangono elevati. Utilizzo versioni cinesi di scale PHQ-9, GAD-7, ISI, SSRS.	1.171 individui (età 18+)	Cina (via Wenjuanxing)	2 - 9 febbraio 2021	Prevalenza sintomi di depressione al 22,6% e di ansia al 21,4%. Ansia e depressione con incidenza maggiore su chi vive da solo, tende a fare meno attività fisica regolare e ha un reddito familiare più basso. Sintomi maggiori anche per chi ha insonnia moderata o grave, ritiene che pandemia ha provocato conseguenze negative nella propria vita e riceve scarso sostegno sociale.
Qiu J, Shen B, Zhao M, et al. - 2020	1° indagine a livello nazionale sul disagio psicologico di popolazione cinese durante Covid-19. Utilizzo CPDI (COVID-19 Peritraumatic Distress Index).	52.730 individui	Cina continentale + Hong Kong, Macao, Taiwan	31 gennaio - 10 febbraio 2020	Disagio psicologico presente in 35% pax. Impatto di misure restrittive su salute mentale (emersi ansia, depressione, attacchi di panico). Livelli più alti disagio in donne, età 18-30 e over 60, lavoratori migranti, regioni centrali della Cina (es. Hubei).
Qiu X, Lan Y, Miao J, et al. - 2021	In 1° fase sintomi depressivi associati a genere maschile, familiari con infezione da Covid-19, esercizio fisico e comorbidità. In 2° fase sintomi depressivi associati a reddito familiare annuo inferiore, 4+ giorni lavorativi, copertura mediatica negativa, deterioramento relazioni con familiari. Comorbidità e infezione contratta dai familiari sono fattori comuni alle 2 fasi. Utilizzo scale IES-R, PHQ-9, GAD-7.	1.717 HCWs in prima linea (1° analisi) + 2.214 HCWs (2° analisi) in prima linea	Tongji Hospital, Wuhan	1° analisi: 8 - 15 febbraio 2020 2° analisi: 27 maggio - 7 giugno	Effetti a lungo termine su salute mentale HCWs in prima linea causati da pandemia e lockdown prolungato. In 2° analisi sintomi maggiori depressione (49,2%); in 1° analisi sintomi maggiori ansia (51,4%) e stress (82,5%). In 1° fase: HCWs più preoccupati per rischio infezione e per propria salute, percepiscono i familiari evitanti a causa del loro lavoro, più pensieri su dimissioni a causa del Covid-19, più soddisfatti dei propri turni di lavoro e delle misure protettive, meno incidenza di pensieri suicidari.
Ren Y, Qian W, Li Z, et al. - 2020	Evidenza che salute mentale è connessa a distribuzione geografica e temporale. Distribuzione geografica e temporale indicano 25 marzo 2020 come giorno peggiore a liv. psicologico. Utilizzo versioni cinesi di scale PHQ-9, GAD-7, SCL-90, PSS-10, CD-RISC-10, MINI, ISI e ASDS + PCL-5.	1.172 pax	133 città cinesi (via SurveyStar)	14 febbraio - 29 marzo 2020	Stress percepito a livello moderato / alto in 67,9% pax; depressione al 18,8%, ansia clinica al 13,3%, problemi mentali generici al 7,6%, rischio elevato di ideazione e comportamenti suicidari al 2,8%, insonnia clinica al 7,2%, sintomi PTSD al 7%. Impatti significativi di Covid-19 e notizie correlate su stato psicologico di popolazione. Chi fuma ha aumentato consumo del 30,1%, chi beve alcol ha aumentato consumo dell'11,3%.
Shi L, Lu Z, Que J, et al. - 2020	Quarantena (sia nazionale che imposta ai sospetti e/o positivi) associata a maggiore incidenza depressione, ansia, insonnia e stress acuto. Lavorare regolarmente (con rientro tempestivo) riduce il rischio di questi sintomi. Utilizzo versioni cinesi scale GAD-7, PHQ-9, ISI, ASDS.	56.679 individui	Cina (via Joybuy)	28 febbraio - 11 marzo 2020	Prevalenza sintomi ansia al 31,6%, insonnia al 29,2%, depressione al 27,9%, stress acuto al 24,4%. Sintomi maggiori di quattro scale associati a età <40 anni, disturbi psichiatrici pregressi, livelli inferiori di reddito, essere uomini e non sposati, essere positivi al Covid-19 o familiari di positivi, lavoro ad alta esposizione al virus, risiedere in Hubei.

AUTORE/ ANNO	INFO/INDICATORI RILEVANTI	COPERTURA CAMPIONE	COPERTURA GEOGRAFICA	COPERTURA TEMPORALE	RISULTATI PRINCIPALI/HIGHLIGHTS
Si M, Su X, Jiang Y, et al. - 2020	Maggiore probabilità sintomi PTS in infermieri, con grande preoccupazione per Covid-19. Maggiore probabilità depressione in chi beve alcol abitualmente e ha casi Covid-19 nella sua zona. Punti di PTSD e DASS elevati dati da minaccia percepita e strategie di coping negativo, invece bassi con sostegno sociale e strategie di coping positivo. Chi ha malattie croniche e familiari/ amici positivi con maggiori sintomi depressione, ansia, stress e PTS. Utilizzo di scale DASS-21, IES-6, PSSS, SCSQ.	863 pax staff ospedaliero (clinico e amministrativo)	7 province della Cina	23 febbraio - 5 marzo 2020	40,2% pax raggiungono soglia diagnosi PTS. 97,9% ha almeno un sintomo riconducibile a PTSD. Proporzioni sintomi da moderati a gravi di ansia al 13,9%, di depressione al 13,6%, di stress all'8,6%. Maggiori preoccupazioni relative a paura di infezione (53,1%) ed elevato rischio del lavoro (76,8%). Insieme a stigmatizzazione percepita (26,9%) sono associate a effetti avversi sulla salute mentale di HCWs. Mancanza di sostegno sociale e reazioni disadattive sono fattori di rischio importanti per manifestazioni psicologiche negative.
Song X, Fu W, Liu X, et al. - 2020	Correlazione tra basso livello di sostegno sociale e maggiori rischi di depressione e PTSD. Rischi elevati depressione per chi risiede nella provincia dello Hubei. Utilizzo scale PSSS, CES-D e PCL-5.	14.825 HCWs di pronto soccorso	Cina (31 province)	28 febbraio - 18 marzo 2020	Sintomi depressivi per 25,2% pax e incidenza PTSD al 9,1%. Rischi depressione e PTSD più elevati per uomini, di mezza età, con turni di lavoro giornaliero più lunghi e minor anni di lavoro. Chi non è sposato ha rischi minori di PTSD ma maggiori di depressione.
Sui W, Gong X, Zhuang Y - 2021	RESE media gli effetti di introversione/estroversione su nevrosi, depressione, paura, ansia, ipocondria. Utilizzo versioni cinesi di SRESE, EPQ-RSS. (classificazione cinese CCMD-3)	339 infermieri/e dedicati a pazienti Covid-19	3 ospedali di livello terziario in Cina con reparti Covid-19 (2 designati a Wuhan e Jiaying + 1 non-designato a Hangzhou)	14 febbraio - 1 marzo 2020	Ipocondria (11,8%) e paura (11,5%) con maggiore incidenza tra scostamenti emotivi. Depressione (6,5%) con prevalenza maggiore tra disturbi emotivi. Incidenza al 24,9% di emozioni negative in infermieri (più alta in infermieri instabili emotivamente e con livelli di RESE bassi). Maggiore estroversione connessa con livelli più bassi di depressione.
Sun Q, Qin Q, Chen B, et al. - 2020	Incremento livelli di ansia, depressione e insonnia con l'occorrenza del Covid-19. Utilizzo scale IES-R, PHQ-9, GAD-7, ISI.	3.143 individui (18+)	Provincia dello Hubei	5-19 febbraio 2020	Prevalenza sintomi insonnia al 30,9%, depressione al 28,7%, ansia al 24,9%, stress al 15,5%. Correlazione diretta tra insonnia, depressione, ansia e risposta allo stress.
Tan W, Hao F, McIntyre R S, et al. - 2020	Nessuna differenza significativa tra tecnici e direttori su gravità dei sintomi. Aumento consapevolezza sanità in ambiente di lavoro. Utilizzo scale IES-R, DASS-21, ISI.	673 lavoratori (non HCWs) rientrati a lavoro durante picco pandemia	Chongqing	24 - 25 febbraio 2020	Bassa prevalenza di ansia, depressione, insonnia. Prevalenza più alta di PTSD (10,8%). Fattori di incremento disturbi psichiatrici: sintomi fisici e salute scarsa, rientro al lavoro percepito come rischioso, stato civile divorziato/separato/vedovo.
Tan Y, Huang C, Geng Y, et al. - 2021	Aumento della resilienza come possibile mitigatore di effetti psicologici negativi causati dallo stress ambientale.	1.871 studenti universitari	12 università della Cina	23 settembre - 5 ottobre 2020	Resilienza ha avuto effetti fortemente positivi su benessere psicologico di studenti; sul basso livello di resilienza incidono fattori socioeconomici, come reddito familiare basso e hukou rurale. Stress ambientale riduce lievemente benessere mentale.
Tan Y, Lin X, Wu D, et al. - 2020	Tre traiettorie di panico emerse da Growth Mixture Model (GMM): Continuous Decline Group (traiettoria in continuo declino), Continuous High Group (traiettoria fissa alta), Continuous Low Group (traiettoria fissa bassa).	812 adulti non sposati (età 18-42 anni)	Cina (via Wenjuanxing)	T1: fine gennaio 2020 + T2: metà febbraio 2020 + T3: seconda metà marzo 2020	Essere donna, di età maggiore, con reddito superiore, residente fuori dalla provincia dello Hubei, più sensibili a fattori sociali, individuali e familiari sono tratti associati con livelli di panico più elevati.
Tang L, Gao Y, Qi S, et al. - 2022	Presenza di disturbi d'ansia, depressione maggiore, bipolare o schizofrenico. Età media partecipanti 37,15 anni. Utilizzo scale IES-R, GAD-7, PHQ-9, PSQI-PT, MSPSS.	1.055 pazienti con disturbi mentali	4 ospedali psichiatrici in differenti distretti di Pechino	28 aprile - 30 maggio 2020	Prevalenza sintomi PTSD al 41,3%. Paura di pandemia e ansia sono fattori associati con PTSD e sue sottoscale. Età, depressione e pensionamento associati a sintomi PTSD. Sintomi iper-eccitazione più elevati in pazienti con disturbo depressivo maggiore.
Tang S, Xiang M, Cheung T, Xiang Y - 2020	Indagine su disagio psicologico (depressione, ansia, stress), impatto percepito della quarantena, soddisfazione della vita, e dialogo genitori-figli riguardo il Covid-19. Presenza e maggiore frequenza di dialogo tra genitori e figli associati a riduzione livelli di tutti i sintomi. Percezione positiva di quarantena connessa a minor disagio psicologico e maggiore soddisfazione della vita.	4.342 bambini e adolescenti (scuola primaria e secondaria)	6 scuole dai sei diversi distretti di Shanghai	13 - 23 marzo 2020	Prevalenza di ansia al 24,9%, di depressione al 19,7%, di stress al 15,2%. 11,5% ha contemporaneamente sintomi depressione, ansia e stress. Studenti scuola secondaria con livelli e rischi superiori di ansia, depressione, stress e con livelli minori di soddisfazione della vita. 51,8% vede effetti positivi in quarantena, 84,7% ha avuto dialogo con propri genitori, 21,4% studenti più soddisfatti della vita durante chiusura delle scuole.
Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho C S, Ho R C - 2020	Fattori protettivi sono fiducia elevata nei medici, probabilità di sopravvivenza percepita, basso rischio di infezione, informazione sanitaria soddisfacente, misure e mezzi di protezione adeguati. Utilizzo scale IES-R e DASS-21.	1.210 individui	194 città cinesi (via SurveyStar)	31 gennaio - 2 febbraio 2020	75,5% con impatto medio-alto di Covid-19; presenza sintomi depressione al 30,3%, ansia al 36,3%, stress al 32,2%. Impatto psicologico registrato su scala IES-R superiore a sintomi depressione, ansia e stress registrati su scala DASS-21.

AUTORE/ ANNO	INFO/INDICATORI RILEVANTI	COPERTURA CAMPIONE	COPERTURA GEOGRAFICA	COPERTURA TEMPORALE	RISULTATI PRINCIPALI/HIGHLIGHTS
Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, McIntyre R S, et al. - 2020	Non riscontrate differenze significative tra i due periodi di indagine per quanto riguarda stress, ansia e depressione. Utilizzo questionario COVID-19 della National University di Singapore, scale IES-R e DASS-21.	1738 individui totali (nelle due indagini)	194 città cinesi (1°) + 159 città cinesi (2°)	31 gennaio - 2 febbraio 2020 (1° indagine) + 28 febbraio - 1 marzo 2020 (2° indagine)	Lockdown prolungato ha conseguenze negative su salute mentale (pax 2° indagine) soprattutto su giovani (età 12-21,4 anni). Migliori pratiche igieniche e non condivisione di posate durante i pasti associate a livelli inferiori nelle sottoscale di IES-R e DASS-21.
Wang C, Zhou J, Zong C - 2020	Report 2 casi analizzati e dinamiche comparsa disturbo da stress	Contadino 58enne Zhang e 78enne Hu	Huai'an Third People's Hospital (Jiangsu)	febbraio 2020	Necessario differenziare tra disturbi e sintomi (es. tra ansia e depressione) e rilevante livello di educazione (Zhang scuola superiore, Hu scuola media)
Xiao H, Zhang Y, Kong D, et al. - 2020	La qualità del sonno degli HCWs è bassa. Utilizzo scale SAS, GSES, questionario SASR, PSQI, SSRS.	180 pax personale sanitario che ha curato pazienti infetti da Covid-19	Wuhan	Gennaio - febbraio 2020	Se auto-efficacia è elevata c'è maggiore probabilità che la qualità del sonno sia migliore. Sostegno sociale riduce livelli di ansia e stress, aumenta livelli di auto-efficacia, ma non ha effetti diretti su qualità del sonno (influenzata da combinazione di ansia, depressione e auto-efficacia).
Xiao X, Zhu X, Fu S, et al. - 2020	Situazione di depressione, ansia e stress in HCWs preoccupante. Contatti con pazienti infetti associati a maggiore paura e incertezza riguardo il virus. Utilizzo scale PSS-14 e HADS.	958 HCWs	26 province della Cina	28 gennaio 2020	Prevalenza depressione al 58%, livelli elevati di stress al 55,1%, ansia al 54,2%. Ansia e depressione più comuni in donne, chi ha titoli intermedi, scarse misure protettive e/o contatti con pazienti infetti (2x rispetto a chi non ha avuto contatti). Stress presente in HCWs con qualsiasi titolo, a livelli diversi.
Xie F, Wang X, Zhao Y, et al. - 2021	Analisi di caratteristiche del carico di stress e possibili effetti sulla performance dei soccorritori. Presenza lieve ma universale di disagio. Performance lavorativa ridotta dal carico di stress, migliorata da sostegno sociale.	90 soccorritori medici inviati in supporto a Wuhan	Wuhan	27 febbraio - 20 aprile 2020	95,6% soccorritori ha riscontrato almeno un sintomo di stress; 46,7% teme per la propria vita, 72,2% per la propria salute, 62,2% ha paura di ammalarsi di Covid-19. Soccorritori medici militari con proporzione superiore di lavoro a contatto diretto con virus rispetto a soccorritori civili. Chi ha buona preparazione psicologica ha carico di stress inferiore rispetto ad altri; livello di contatto con Covid-19 è unico fattore oggettivo che impatta su carico di stress.
Xie H, Cheng X, Song X, et al. - 2020	Per reparti non critici si intende quelli in cui pratiche mediche invasive, come la ventilazione, non vengono effettuate.	159 infermieri che hanno prestato servizio durante Covid	Yichang Central People's Hospital (Hubei)	26 febbraio - 19 marzo 2020	Infermieri che lavorano in reparti non critici hanno condizioni peggiori di stress e trauma e livelli più elevati in scala IES-R rispetto a infermieri di reparti critici; questi ultimi hanno resistenza mentale più forte e hanno esperienze pregresse con altre emergenze.
Xiong H, Yi S, Lin Y - 2020	Nessuna differenza per variabili demografiche. Utilizzo versioni cinesi di scale GAD-7, PHQ-9, General Self-Efficacy Scale.	223 infermieri/e	ospedale terziario pubblico di Xiamen	16-25 febbraio 2020	Prevalenza di ansia al 40,8% e di depressione al 26,4%. Elevata differenza per titolo professionale posseduto (chi ha titoli più alti soffre maggiormente di depressione), mancanza di sicurezza e fiducia in sé correlata a livelli maggiori d'ansia.
Xiong L, Zhong B, Cao X, et al. - 2021	Servizi di salute mentale rivolti a questa categoria devono prevedere screening periodici per PTSD, sostegno sociale esteso e trattamento psicoterapeutico, unito quando necessario a quello farmacologico. Utilizzo di Chinese Essen Trauma Inventory per misurare PTSD in base a criteri di DSM-IV-TR.	291 HCWs in prima linea + 42 HCWs Covid-free in prima linea (gruppo di controllo)	Wuhan	Luglio 2020	100% HCWs riporta malattia Covid-19 come principale evento traumatico vissuto. 19,9% con possibile PTSD in HCWs (superiore a gruppo di controllo). Possibilità di PTSD correlata con ammissioni in terapia intensiva (ICU), oltre 10 sintomi respiratori durante picco malattia, sintomi residui di vertigini e difficoltà respiratoria ed esposizione ad altri eventi traumatici. Sintomi più comuni PTSD sono: intromissione, evitamento, sconvolgimento emotivo nel rivivere l'evento (91,4%), evitare di pensare o parlare dell'evento (84,5%), difficoltà di concentrazione (84,5%).
Xu H, Zhang H, Huang L, et al. - 2021	Misurazione livello di sintomi di PTSD causati da pandemia. Risposta allo stress influenzata da sesso, livello scolastico, esperienza con counseling psicologico, diagnosi recente di Covid-19, esposizione all'infezione tramite un familiare. Utilizzo di questionario CRIES-13 (Children's Impact of Event Scale).	7769 studenti (età 8-18 anni) di scuola primaria, media e superiore	Selezione di scuole in 5 province della Cina (del Sichuan, Jiangsu, Henan, Yunnan e Chongqing)	1 febbraio - 1 marzo 2020	21,1% studenti con sintomi gravi di stress psicologico. Sintomi più gravi in studenti scuola superiore (23,3%) e studentesse femmine. Riguardo intrusione ed eccitamento, punteggi più elevati in studenti delle superiori; evitamento maggiore in studenti scuola primaria; studentesse con fattori più elevati di intrusione ed eccitamento ma più bassi di evitamento.
Xu J, Xu Q, Wang C, Wang J - 2020	Correlazione positiva tra livelli di ansia, depressione e sogni ansiosi per personale di chirurgia durante fase di scoppio pandemia. Maggiore rischi di contagio per chirurghi e anestesisti a contatto diretto con pazienti, anche positivi al Covid-19.	120 pax personale medico chirurgico (due gruppi da 60 pax)	Baoshan Branch of Shanghai Shuguang Hospital	2 intervalli di tempo: 28 gennaio - 29 febbraio 2020 + 2 - 21 marzo 2020	Personale chirurgico del periodo di scoppio pandemia (1° intervallo di tempo) con livelli più elevati di ansia, depressione, sogni ansiosi e punteggio in scala SF-36 rispetto a personale chirurgico di 2° intervallo di tempo. Forte ansia e depressione causata da grande impatto psicologico del rischio del personale chirurgico per la propria salute e incolumità.

AUTORE/ ANNO	INFO/INDICATORI RILEVANTI	COPERTURA CAMPIONE	COPERTURA GEOGRAFICA	COPERTURA TEMPORALE	RISULTATI PRINCIPALI/HIGHLIGHTS
Yang J, Cheng Y, You Q, et al. - 2020	Maggiori rischi di ansia, OCS (sintomi ossessivi-compulsivi) e somatizzazione in chi ha paura di infettare i familiari rientrando a casa. Maggiori rischi di depressione per chi vive stigma sul suo lavoro in ospedale ed è insicuro su misure di protezione e controllo da infezione (modificate continuamente). Utilizzo scale IES-R, PHQ-15, GAD-7, PHQ-9, OCS (Obsessive-Compulsive Scale).	456 medici e infermieri (staff ospedaliero), età 17-64 anni	5 ospedali nazionali di Chongqing destinati al Covid-19 (distretti di Yuzhong, Yubei, Nan'an, Jiangbei e Dadukou)	1 - 14 febbraio 2020	Disagio psicologico riscontrato in 43,2% pax; prevalenza sintomi ossessivi-compulsivi al 37,5%, sintomi somatizzazione al 33,3%, ansia al 31,6%, depressione al 29,6%. Donne con prevalenza e gravità superiore di disagio psicologico, sintomi ansia depressione e OCS. Chi ha reddito più basso con maggiore disagio, sintomi depressivi e reazioni psicologiche gravi. Staff in reparti di isolamento ha livelli superiori depressione, OCS, somatizzazione, IES-R rispetto a reparti generici.
Ying Y, Ruan L, Kong F, et al. - 2020	I partecipanti che sono anch'essi HCWs (46,98%) hanno meno probabilità di contrarre depressione rispetto a chi lavora nel settore privato, e maggiore probabilità rispetto a impiegati del governo e delle istituzioni. Utilizzo versioni cinesi di PHQ-9 e GAD-7.	845 familiari di HCWs operanti nella lotta al Covid-19	5 ospedali designati per Covid-19 a Ningbo	10 - 20 febbraio 2020	Prevalenza di ansia al 33,73% e di depressione al 29,35%. Molto tempo dedicato a pensare al Covid-19 è associato a rischi maggiori di ansia e depressione. Familiari di HCWs con contatti positivi diretti hanno maggiori livelli di ansia. Ansia ridotta in chi riporta livelli alti di sicurezza e attrezzature protettive fornite a HCWs. Familiari di HCWs con legame stretto e con media lavorativa settimanale più elevata hanno rischi maggiori di depressione.
Zhang C, Yang L, Liu S, et al. - 2020	Livelli insonnia più elevati per HCWs con livello istruzione più basso, a lavoro in reparti di emergenza o isolamento, con preoccupazioni relative al Covid-19. Utilizzo ISI, PHQ-9, GAD-7, IES-R.	1.563 HCWs	Cina (via WeChat)	29 gennaio - 3 febbraio 2020	Prevalenza sintomi legati a stress al 73,4%, depressione al 50,7%, ansia al 44,7%, insonnia al 36,1%. Livelli IES-R più gravi in HCWs con sintomi di insonnia. Essere medico risulta fattore protettivo da insonnia.
Zhang C, Ye M, Fu Y, et al. - 2020	Resilienza e adattamento (positivo e negativo) correlati a sintomi di ansia, depressione, stress, e disagio legato a trauma. Maggiore resilienza: in scuole superiori associata anche a livello di istruzione materno (liceo o superiore) e presenza di fratelli/sorelle; in scuole medie associata anche a livello di istruzione paterno. Adattamento negativo superiore in pazienti Covid-19. Utilizzo scale BRS, IES, DASS-21 e CSQ.	493 studenti scuola media + 532 studenti scuola superiore	Guangzhou No. 75 Middle School e Longchuan No. One Middle School (Guangdong)	7 - 24 aprile 2020	Genere maschile associato a maggiore resilienza in entrambi i gruppi. Oltre 1/5 di tutti studenti ha sofferto impatto del Covid-19 su tutte scale analizzate. Livelli più alti in studenti scuole superiori per prevalenza sintomi depressione (29,7%), ansia (28,4%) stress (29,7%) e disagio (22,7%). Prevalenza alta anche sintomi per studenti scuole medie: depressione al 20,9%, ansia al 25,4%, stress al 22,9%, disagio al 20,5%.
Zhang J, Shuai L, Yu H, et al. - 2020	Chiusura di scuole e di servizi primari di cura ha causato interruzione di cure non perseguibili a casa, con carico e gestione interamente riversata sulle famiglie senza sostegno professionale.	241 (genitori di) studenti e ragazzi da 6 a 15 anni con diagnosi ADHD *	Cina	Scoppio epidemia Covid-19	Peggioramento condizione di ragazzi con ADHD, soprattutto su controllo della rabbia (+67,22%), fronteggiare attività di routine (-56,02%) e mantenere la concentrazione (-53,94%). Fattori potenziali di rischio sono mancanza di relazione sociale e interpersonale, perdita routine quotidiana, mancanza servizi di cura durante lockdown.
Zhang S X, Wang Y, Rauch A, Wei F - 2020	Soddisfazione della vita correlata alla gravità della diffusione del Covid-19 nella propria area di residenza, che dipende dallo stato di salute del soggetto e al livello di attività fisica. Chi si allena più di 2h 30' nelle aree più colpite è meno soddisfatto della vita.	369 adulti	64 prefetture della Cina	20 - 21 febbraio 2020	Migliore salute mentale e fisica, minor disagio, maggiore soddisfazione della vita per chi è al lavoro nel proprio ufficio, rispetto a chi fa smart working e a chi ha perso il lavoro. Chi fa smart working riporta maggiori limitazioni fisiche rispetto a chi lavora in ufficio.
Zhang W, Wang K, Yin L, et al. - 2020	Per non-HCWs avere malattie organiche è fattore di rischio insonnia, depressione e sintomi ossessivo-compulsivi. Utilizzo versioni cinesi PHQ-2, GAD-2, ISI e SCL-90-R.	2.182 individui (927 HCWs + 1.255 non-HCWs)	Cina (via Wenjuanxing)	19 febbraio - 6 marzo 2020	Prevalenza maggiore di ansia, depressione, insonnia, somatizzazione e sintomi ossessivo-compulsivi in HCWs rispetto a non-HCWs. Solo per HCWs, vivere in aree rurali ed essere a contatto diretto con pazienti Covid-19 in ospedale sono fattori di rischio depressione, ansia e sintomi ossessivo-compulsivi.
Zhang Y, Ma Z F - 2020	Utilizzo IES. Livelli IES riportano un lieve impatto generale. Chi dedica più tempo al riposo (62%) ha livelli inferiori su scala IES.	263 individui cinesi (18+ anni)	Jinzhou (Liaoning)	28 gennaio - 5 febbraio 2020	52,1% pax riporta apprensione e paura legate al Covid-19; 64,6% ha ricevuto maggiore sostegno dagli amici e 63,9% dai familiari. Dopo scoppio pandemia, 67,7% pax cura di più la propria salute mentale.
Zhang Y, Pi D, Liu C, et al. - 2022	Non c'è differenza significativa di impatto psicologico tra HCWs sulla base del genere. Livelli significativamente più alti nelle tre scale per chi lavora in PICU da 10+ anni rispetto a chi vi lavora da meno di 1 anno. Utilizzo scale IES-R e DASS-21.	2.109 HCWs di unità pediatriche di terapia intensiva (PICUs)	62 ospedali in 31 province della Cina	26 marzo - 15 aprile 2020	Sintomi da moderati a gravi PTS al 45,99%, depressione al 39,69%, ansia al 36,46%, stress al 17,12%. Probabilità superiore PTS in HCWs sposati, a contatto con casi confermati di Covid-19. Probabilità di depressione e ansia superiori in HCWs che lavorano durante pandemia e medici. Ansia superiore per chi ha avuto contatti con casi confermati di Covid-19 e vive a Wuhan. Probabilità PTS e depressione superiori in HCWs con titoli di livello intermedio.

AUTORE/ ANNO	INFO/INDICATORI RILEVANTI	COPERTURA CAMPIONE	COPERTURA GEOGRAFICA	COPERTURA TEMPORALE	RISULTATI PRINCIPALI/HIGHLIGHTS
Zhang Y, Zhang H, Ma X, Di Q - 2020	Donne con livelli minori di attività fisica ma più incidenza emozioni negative (ansia, depressione, stress). Riduzione qualità del sonno comprende riduzione efficacia e durata, incremento disturbi e disfunzioni giornaliere. Utilizzo IPAQ-S, PSQI, DASS-21, BPAQ.	66 studenti universitari	Diverse province della Cina (via WeChat)	T1: 19 febbraio 2020 + T2: 5 marzo 2020 + T3: 20 marzo 2020	Circa 85% studenti riporta preoccupazioni relative al Covid-19; ansia riportata al 45,5%, stress al 38,79%; depressione al 22,73%. Aumento di decessi dovuti al Covid-19 associati a peggioramento qualità del sonno, ma anche a riduzione del livello di aggressività. Attività fisica associata a riduzione significativa di depressione; ma se attività fisica eccessiva o inadeguata legata a peggioramento emozioni negative.
Zhou S, Wang L, Yang R, et al. - 2020	Covid-19 ha provocato alta incidenza di problemi del sonno in studenti cinesi (soprattutto di scuole superiori e università). Utilizzo PSQI, PHQ-9, GAD-7, SSRS.	11.835 studenti (età 12-29 anni)	21 province della Cina	8 - 15 marzo 2020	Prevalenza sintomi insonnia al 23,2%, sintomi depressione al 42,9%, sintomi ansia al 34,4%. Maggiore incidenza insonnia per donne, studenti di superiori e università, di aree rurali. Depressione, ansia e impatto negativo del Covid-19 sono fattori di rischio per insonnia; fattore protettivo è sostegno sociale (oggettivo e soggettivo).
Zhou S, Zhang L, Wang L, et al. - 2020	Sintomi depressione e ansia più prevalenti in studenti che in popolazione generale durante scoppio e picco epidemia. Utilizzo scale PHQ-9, GAD-7.	8.079 studenti di scuole medie e superiori (età 12-18 anni)	21 province della Cina	8 - 15 marzo 2020	Prevalenza sintomi da moderati a gravi di depressione al 43,7%, di ansia al 37,4%; prevalenza comorbidità sintomi di ansia e depressione al 31,3%. Sintomi depressione e ansia maggiori in studentesse femmine, in aree rurali, in gradi scolastici superiori e nell'Hubei. Alti livelli di informazione e consapevolezza relative al Covid-19 sono fattori protettivi da disturbi psicologici.
Zhou T, Chen W, Liu X, et al. - 2021	Fattori di rischio indipendenti per salute mentale di bambini sono: aver subito abusi fisici o assistere membri della famiglia che li hanno subiti, essere preoccupati per Covid-19 e riduzione del reddito familiare.	665 bambini che hanno genitori con disturbi mentali (COPMI, children of parents with mental illness)	6 luoghi in Cina: distretto Fangshan di Pechino, Zaozhuang (Shandong), Taiyuan (Shanxi), Mianyang e Zigong (Sichuan), Xiamen (Fujian), Wuhan (Hubei)	marzo - aprile 2020	16,1% bambini con livelli anormali di salute mentale; 61,5% ha preoccupazioni relative a Covid-19; 26,9% ha difficoltà di accesso ai servizi sanitari. Pandemia ha colpito vita quotidiana (72,6%), relazioni interpersonali (38%), salute fisica (54%) e mentale (52,8%), relazioni con familiari (28%). Prevalenza di tutti gli effetti è maggiore in pax di Wuhan.
Zhou Y, Wang W, Sun Y, et al. - 2020	Disturbi psicologici associati a ore lavorative giornaliere ed età, ansia in HCWs associata a genere femminile, ansia e insonnia associate a BMI e ideazione suicidaria associata ad anni di lavoro e a reddito familiare. Utilizzo PHQ-9, GAD-7, SCL-90, ISI e MINI.	606 pax staff ospedaliero in prima linea contro Covid-19 e 1099 pax (popolazione generale)	133 città cinesi	14 febbraio - 29 marzo 2020	Prevalenza depressione al 57,6%, ansia al 45,4%, somatizzazione al 12%, insonnia al 32% e rischio suicidio al 13%. Prevalenza disturbi psicologici (tranne che ideazione suicidaria) maggiore in HCWs che in popolazione.
Zhu Z, Xu S, Wang H, et al. - 2020	Tra i fattori che possono giovare a sintomi depressione, ansia e stress ci sono misure protettive attuate e servizi di cura messi a disposizione dagli ospedali. Utilizzo scale IES-R, PHQ-9, GAD-7.	5.062 HCWs	Ospedale Tongji di Wuhan	8 - 10 febbraio 2020	Prevalenza sintomi stress al 29,8%, ansia al 24,1%, depressione al 13,5%. Fattori di rischio sono genere femminile, 10+ anni di lavoro, avere malattie croniche, familiari positivi o sospetti al Covid-19, disturbi mentali pregressi.

7. APPENDICE 2

Gli strumenti di misurazione dello stato di salute mentale (e versioni cinesi convalidate)

Relativamente alle modalità e agli strumenti di misurazione del livello di salute mentale degli individui, già dagli anni '80 erano presenti delle discrepanze tra gli standard di misurazione dei disturbi mentali adottati in Cina e quelli utilizzati, ad esempio, in Gran Bretagna o negli Stati Uniti. Nello specifico, il sistema usato in Gran Bretagna in quegli anni era l'*International Classification of Diseases* alla sua 9° revisione (ICD-9), mentre il modello usato negli Stati Uniti era la 3° edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (DSM-III).

In Cina, invece, si utilizzava un modello che aveva tratto degli spunti dai Paesi occidentali (tra cui anche Gran Bretagna e Stati Uniti) ma ne aveva apportato delle sue modifiche e peculiarità: è così che nacque il Present Status Examination (PSE).

Per osservare più concretamente queste discrepanze, si riporta una ricerca condotta e illustrata dal Dottor Chen Chang Hui dell'Istituto di Salute Mentale di Pechino, in cui 98 individui erano stati diagnosticati come pazienti schizofrenici secondo gli strumenti tradizionali di misurazione utilizzati in Cina. Quegli stessi pazienti, poi, erano stati sottoposti alla misurazione del proprio livello di salute mentale anche tramite l'utilizzo degli standard occidentali. Dei 98 utenti, i criteri di riferimento dell'ICD-9 erano confermati soltanto in 82 individui, mentre i criteri di riferimento del DSM-III erano confermati in 84 individui.

In termini di terapie e di esami clinici, in quegli anni stavano prendendo molto spazio in Cina diverse tipologie di test psicologici (es. EPQ, MMPI, WAIS per misurare capacità di intelligenza e memoria negli adulti), l'utilizzo della tomografia assiale computerizzata (TAC) e dell'elettroencefalogramma (EEG) per ottenere valutazioni obiettive dello stato mentale dei pazienti.

Inoltre, dal punto di vista farmacologico, la Cina ha costruito un suo personale apparato terapeutico basato sulla produzione domestica di numerosi medicinali, spaziando dai farmaci psicotropi a quelli antidepressivi, fino ai tranquillanti e ai diversi sedativi selezionati in base al loro effetto terapeutico.

Sulla base della tipologia del disturbo mentale o della psicosi si basava anche la scelta del trattamento stesso, se farmacologico o se - e come eventualmente - abbinarlo a terapie come quella riabilitativa e/o quella occupazionale.

La combinazione del lavoro e della riabilitazione era ampiamente usata negli ospedali psichiatrici e nei centri diurni per malati mentali come terapia che al tempo stesso permetteva il loro risanamento e il reinserimento all'interno del contesto sociale.

A livello globale, risale al 1952 il primo manuale redatto come guida per fornire definizioni, standard e strumenti necessari al processo di diagnosi di una o più patologie mentali. Si tratta del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali alla sua prima edizione (*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, DSM-I*).

L'ultimo redatto, nel 2022, è lo stesso Manuale, alla sua quinta edizione (DSM-V-TR). La classificazione effettuata in questa ultima edizione riporta la divisione delle malattie mentali secondo delle categorie diagnostiche basate sul decorso della malattia e sulle modalità con cui i pazienti stessi descrivono e riportano i propri sintomi.

ICD (International Classification of Diseases): è il sistema più diffuso di codifica della diagnosi dei pazienti; nel 2019 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato l'ultima revisione della Classificazione internazionale delle malattie, **ICD-11**.

CCMD (Chinese Classification of Mental Disorders) : la prima versione pubblicata risale al 1979; nel 2002 la Chinese Psychiatric Association ha valutato la terza versione (CCMD-3) ed è stato riconosciuto - dopo un'attenta analisi condotta dal 1996 al 2000 - come linea guida diagnostica utilizzabile dagli psichiatri in tutte le aree della Cina. Il CCMD-3 si poggia sulle indicazioni cliniche e diagnostiche contenute nell'ICD-10, e i criteri di ricerca sono ispirati a quelli presenti nell'ICD-10 e nel DSM-IV.

Specificatamente alle diagnosi di disturbi depressivi, uno studio condotto nel 2008 da Wang et al. su un campione complessivo di 5.802 individui (pazienti ospedalieri e ambulatoriali, dai 15 anni di età) provenienti da 50 diversi ospedali generici di Pechino ha comparato il sistema diagnostico cinese (CCMD-3) e il corrispettivo americano (DSM-IV), rilevando un elevato grado di conformità nell'interpretazione di disturbi tipici della depressione.

In Cina, i criteri diagnostici della depressione contenuti nel CCMD-3 sono integrati con l'aggiunta di linee guida specifiche per la prevenzione e il trattamento dei disturbi depressivi (*Chinese Guidelines for Prevention and Treatment of Mental Disorders: Depressive Disorder*), pubblicate nel 2007 dalla Chinese Society of Psychiatry e dal National Center for Mental Health, China-CDC con l'obiettivo di prevenire ricadute da parte dei pazienti, di ridurre le loro invalidità ed episodi suicidari, di migliorare la loro qualità di vita e permettere loro di raggiungere una remissione clinica.

Tipicamente, secondo queste linee guida, la diagnosi di disturbo depressivo richiede che il paziente manifesti almeno 4 dei 9 sintomi indicati (es. disturbi del sonno, ideazioni suicidarie, astenia) per un periodo di tempo non inferiore alle due settimane, inoltre questi sintomi - per

essere riconosciuti come tali - non si collegano a fattori organici né a disturbi di tipo schizofrenico, devono provocare un senso di angoscia soggettiva e compromettere/alterare la propria socialità. Il CCMD-3 è inoltre capace di diagnosticare il sottotipo di episodi depressivi (es. psicotico, atipico, bipolare, ecc.) e al suo interno si trovano anche indicazioni specifiche per determinati gruppi di popolazione, quali i bambini e gli anziani, o anche i pazienti che presentano comorbidità con altri disturbi di natura sia fisica che mentale.

Di seguito si presentano sinteticamente le scale e i metodi di misurazione di sintomatologia psichiatrica più rinomati e più diffusi, i quali verranno utilizzati all'interno degli studi illustrati nel capitolo 3.2 del presente volume.

AAQ-II (*Acceptance and Action Questionnaire-II*): scala con 7 elementi, punteggio complessivo da 7 a 49 punti, misura 'experiential avoidance' (maggiore punteggio ne indica maggiore livello). Punteggio, se aggiunto a quello ricavato da CFQ, rivela livello di flessibilità psicologica.

AIS (*Athens Insomnia Scale*): strumento breve per valutare la gravità dell'insonnia. Si compone di 8 elementi, ciascuno dei quali è valutato su una scala da 0 a 3 punti.

AUDIT (*Alcohol Use Disorder Identification Test*): è un test sviluppato originariamente dall'OMS per identificare problematiche legate all'uso di alcol nell'arco di 12 mesi. Ne esiste anche una versione cinese convalidata, che si compone di 10 quesiti, ciascuno dei quali riceve un punteggio in una scala da 0 a 4 punti, per un totale massimo complessivo di 40 punti.

BAI (*Beck Anxiety Inventory*): è uno strumento diagnostico per la presenza e l'intensità di sintomi fisiologici, emotivi e cognitivi riconducibili all'ansia. Si compone di 21 elementi, a ciascuno di essi viene attribuito un punteggio in una scala da 0 (=per niente) a 3 (=estremamente). Il punteggio massimo complessivo è di 63 punti. Esiste una versione cinese convalidata e presenta un'elevata correlazione con la Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA).

BDI (*Beck Depression Inventory*): è uno strumento di diagnostica utilizzato per una valutazione quantitativa sulla gravità della depressione. È composto da 13 elementi, ciascuno dei quali corrisponde a uno specifico sintomo depressivo e ha un punteggio di intensità che varia da 0 a 3 punti. Il punteggio massimo complessivo è di 39 punti, corrispondente al massimo livello di gravità depressiva. È uno strumento ampiamente validato e utilizzato nelle diagnosi di categorie di popolazione cinese.

Esiste anche la versione BDI-II, composta di 21 elementi valutati sempre su scala da 0 a 3 punti. Il punteggio massimo è di 63 e le soglie sono divise in depressione minima, lieve, moderata e grave. Esiste anche una versione cinese del BDI-II, validata nell'utilizzo tramite uno studio condotto su studenti universitari in Cina.

BPAQ (*Buss-Perry Aggressive Questionnaire*): è stato validato all'utilizzo nella popolazione cinese come misura dell'aggressività, valutandone emozioni, intenzioni e azioni. Si compone di 4 parti, ciascuna con un numero differente di elementi: 5 elementi rimandano all'aggressione fisica, 6 elementi all'aggressione verbale, 3 elementi riguardano la rabbia e 8 elementi sono relativi all'ostilità. Ciascun elemento è valutato su una scala da 1 (=totalmente in disaccordo) a 5 punti (=totalmente d'accordo) e il punteggio complessivo è dato dalla somma di tutti gli elementi. Maggiore è il punteggio, maggiore sarà il livello di aggressività rilevato.

BRS (*Brief Resilience Scale*): strumento utilizzato per misurare la resilienza dei soggetti, intesa come capacità individuale di ripresa dallo stress. Ai partecipanti viene chiesto di valutare una serie di affermazioni su una scala di 5 punti, da un minimo di 1 (=fortemente in disaccordo) a un massimo di 5 punti (=fortemente d'accordo). Ne è stata ricavata e convalidata anche una versione cinese.

CD-RISC (*Connor-Davidson Resilience Scale*): è una scala con 25 elementi impiegata per misurare la resilienza degli individui. A ciascun elemento va attribuito un punteggio tra 0 e 4, il punteggio complessivo va dunque da 0 a 100 punti. Un punteggio maggiore indica una maggiore resilienza. Esiste una versione cinese convalidata di questa scala, la quale supporta una struttura a tre fattori, includendo nei suoi criteri la tenacia, la forza, e l'ottimismo.

CES-D (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*): è uno strumento composto da 20 elementi che, sulla base di domande relative alla frequenza di azioni/eventi e idee in riferimento alla settimana precedente il momento dell'intervista, permette lo screening della depressione. Ciascun elemento riceve una valutazione da 0 (= raramente o mai) a 3 (= sempre). Il punteggio complessivo va da 0 a 60 (punti), più è alto il punteggio e maggiore sarà il rischio di depressione.

Il CES-D ha trovato utilizzo in molti studi condotti su categorie di popolazione cinese, come ad esempio in chi aveva tentato atti suicidari, in individui anziani o in pazienti sottoposti a cure generiche/primarie. Tuttavia, il punteggio-limite (tipicamente 16 punti) che demarca il punto di taglio della scala viene di frequente modificato e aggiustato, sulla base delle necessità proprie e contingenti del singolo utilizzo.

CFQ (*Cognitive Fusion Questionnaire*): scala di Likert con 13 elementi, che unisce CFQ-F (*Cognitive Fusion Questionnaire-Fusion*) di 9 elementi insieme a CFQ-D (*Cognitive Fusion Questionnaire-Defusion*) di 4 elementi. Versioni cinesi convalidate di CFQ hanno dimostrato che CFQ-D non raggiunge gli standard psicometrici nell'analisi degli elementi (va rimosso), mentre CFQ-F è strumento valido per '*cognitive fusion*' e nella versione cinese il punteggio complessivo va da 9 a 63 punti. Punteggio che, se aggiunto a quello ricavato da AAQ-II, rivela livello di flessibilità psicologica.

CRIS-13 (*Children's Revised Impact of Event Scale*): misura sintomi di intrusione (4 elementi), di evitamento (4 elementi) e di eccitazione (5 elementi). A ciascun elemento viene attribuita una risposta scelta su una scala di 4 livelli (per nulla, raramente, a volte, spesso). Questa scala viene utilizzata per attribuire la gravità dell'impatto psicologico provocato dall'evento traumatico a cui si fa riferimento.

CSQ (*Coping Style Questionnaire*): sviluppato sulla base di scale cinesi e internazionali, si compone di 20 elementi con i quali vengono misurate le due dimensioni dell'adattamento, ovvero quella attiva (12 elementi) e quella passiva (8 elementi). I soggetti sono chiamati a valutare su una scala da 0 (=mai) a 3 punti (=molto spesso) la frequenza con la quale, in situazione di stress, adottando ciascuna strategia enunciata. Un punteggio più elevato corrisponde alla maggiore tendenza ad attuare strategie positive o negative. La validazione del questionario sulla popolazione cinese ha coinvolto individui di età da 20 a 65 anni.

DASS-21 (*Depression, Anxiety and Stress Scale*): misura lo stato di salute mentale; è basato su un modello tripartito di psicopatologia, che comprende un costrutto di disagio generale con caratteristiche distinte. È stato dimostrato essere una misura valida e affidabile per misurare la salute mentale nella popolazione cinese, già usato in ricerche correlate alla SARS ed è stato usato anche in merito al Covid-19.

EPQ-RSS (*Eysenck Personality Questionnaire-Revised Short Scale*): elaborato nel 1996 per attestare il tipo di personalità. Esiste una versione cinese convalidata del 2000 (EPQ-RSC) che presenta quattro sotto-scale: la E misura le tendenze introversive o estroversive del soggetto, la N misura la stabilità emotiva, la P misura il livello di ostinazione o di indifferenza, la L misura l'onestà del soggetto. Ogni sotto-scala si compone di 12 elementi, per un totale di 48 elementi complessivi.

FCV-19S (*Fear of COVID-19 Scale*): si compone di 7 elementi, per ciascuno dei quali viene data una risposta su una scala da 1 (=in totale disaccordo) a 5 punti (=in totale accordo). Il punteggio complessivo va da 7 a 35, punteggi più grandi rivelano maggiore paura relativa al Covid-19. Ne esiste una versione cinese convalidata.

GAD-7 (*Generalized Anxiety Disorder*): scala di Likert composta da 7 elementi, punteggio totale va da 0 a 21 punti, è utilizzato per diagnosticare presenza di disturbo d'ansia generalizzato e misurarne la gravità. Livelli maggiori nella scala indicano maggiore gravità di ansia generale.

HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*): scala di 14 elementi (7 per depressione e 7 per ansia) utilizzata per determinare la presenza di sintomi di ansia e/o depressione nel personale sanitario. Ciascuna patologia ha una sottoscala, il cui punteggio può variare da 0 a 21 punti. Punteggi più elevati indicano livelli maggiormente gravi dei sintomi riscontrati.

HAMA (*Hamilton Anxiety Rating Scale*) : misura la presenza di ansia; include 14 quesiti, a ciascuno vengono attribuiti da 0 a 4 punti che corrispondono rispettivamente ad asintomatico, lieve, moderato, grave, estremamente grave.

HAMD (*Hamilton Depression Rating Scale*) : misura la presenza di depressione; include 17 livelli, e il punteggio nullo (uguale a 0) per ciascuno di essi indica l'assenza di sintomi. Per ciascun quesito vengono assegnati da 0 a 4 punti. Il calcolo del punteggio complessivo può indicare una situazione di normalità (inferiore a 7 punti) o la presenza di depressione, che sulla base del punteggio corrisponderà a vari livelli di intensità (lieve, moderata, grave, depressione maggiore).

IES-R (*Impact of Event Scale-Revised*): misura i sintomi del disturbo da stress post traumatico (PTSD); consiste di un questionario autogestito che è stato convalidato nella popolazione cinese per determinare la portata dell'impatto psicologico dovuto all'esposizione ad un evento critico. Il punteggio totale IES-R si divide tra: condizione normale (range 0-17), presenza di sintomatologia PTSD (range 18-23), diagnosi di PTSD (range 24+).

Esiste una versione cinese convalidata, la *Chinese version*, conosciuta come CIES-R e applicabile nella valutazione di disagio psicologico vissuto da specifiche categorie della popolazione cinese e nella valutazione dei risultati e delle evidenze derivanti da trattamenti e terapie effettuati.¹

¹ Wu K K, Chan K S (2003), The development of the Chinese version of Impact of Event Scale - Revised (CIES-R). *Society of Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38 : 94-98

IPAQ-SF (International Physical Activity Questionnaire Short Form): questionario in cui si auto-dichiara il tempo giornaliero impiegato in attività fisica e in attività sedentarie, il cui utilizzo è particolarmente raccomandato in soggetti di età 15-65 anni. Ne esiste una versione cinese convalidata.

ISI (Insomnia Severity Index): misura la qualità del sonno; il punteggio totale ISI è diviso tra: assenza di insonnia clinicamente significativa (range 0-7), insonnia sottosoglia (range 8-14), insonnia clinica di media gravità (range 15-21) e insonnia clinica grave (22-28).

PANAS (Positive And Negative Affect Schedule): è un questionario utilizzato per determinare influenze sia positive che negative, è composto da due scale, ciascuna di esse ha 10 elementi ai quali viene attribuito un punteggio da 1 (= per niente) a 5 (= moltissimo). Il punteggio (da 10 a 50 punti) maggiore corrisponde ad una maggiore risposta emotiva, sia sulla scala negativa che su quella positiva. Esiste una versione cinese del PANAS, utilizzata in uno studio che coinvolge residenti della comunità cinese.² (Huang L, Yang T, Li Z. Applicability of the Positive and Negative Affect Scale in Chinese. *Chin Ment Health J* (2003) 17(1):54-6)

PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-V): scala utilizzata per identificare sintomi di disturbo da stress post-traumatico (PTSD). Ne esiste una versione cinese convalidata; si compone di 20 elementi, ciascuno dei quali è valutato su una scala da 0 a 4 punti.

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire): è un questionario di autovalutazione (un modulo di 9 elementi estrapolati dal PHQ nella sua interezza), ha 9 criteri diagnostici ed è utilizzato per rilevare la presenza di disturbo depressivo maggiore (MDD), sulla base della quarta versione del DSM (DSM-IV). Ciascun quesito possiede un valore da 0 a 3 punti, per un punteggio complessivo massimo di 27, che rappresenta la massima gravità dei sintomi depressivi riscontrati. Dai primi due quesiti contenuti nel PHQ-9 è stato ricavato il PHQ-2, utilizzato spesso per una prima - e più rapida - valutazione dei sintomi depressivi. L'uso del PHQ-9 (e della sua versione ridotta PHQ-2) è stato validato per l'utilizzo nell'esaminare sintomi e disturbi depressivi nei giovani universitari cinesi, tramite uno studio condotto su 959 studenti della Xinxiang Medical University nel nord della Cina, e anche come strumento di diagnostica e di screening nello studio della popolazione

² Huang L, Yang T, Li Z. Applicability of the Positive and Negative Affect Scale in Chinese. *Chin Ment Health J* (2003) 17(1):54-6

generica di Shanghai, con un punto di taglio raccomandato di 7 punti o superiore.

PSQI (*Pittsburgh Sleep Quality Index*): è una scala di 18 elementi, utilizzata per la misurazione della qualità del sonno. Ciascun elemento è valutato su una scala da 0 a 3 punti. Un punteggio superiore indica una peggiore qualità del sonno.

PSS (*Perceived Stress Scale*): misura i livelli di percezione dello stress da parte in una scala con 14 elementi (punteggio complessivo da 0 a 56 punti), livelli maggiori di punteggio indicano maggiore stress percepito.

PSSS (*Perceived Social Support Scale*): la versione cinese è utilizzata per misurare la percezione della qualità di supporto sociale ricevuto. Si compone di tre sotto-scale, che indagano sul supporto ricevuto da amici, familiari, e da altri individui importanti per il soggetto di riferimento. Ad esso viene chiesto di valutare con un punteggio da 1 a 7 ciascuna affermazione presente nella scala; il punteggio complessivo va da 12 a 84 punti.

SAS (*Self-Rating Anxiety Scale*): scala utilizzata per determinare la probabilità di ansia nei soggetti coinvolti. Si compone di 20 elementi, ciascuno dei quali è valutato su una scala da 1 (=raramente) a 4 punti (=sempre). Il punteggio complessivo si attesta tra i 20 e gli 80 punti; numeri superiori indicano livelli più elevati di ansia. Esiste una versione cinese convalidata.

SASR (*Stanford Acute Stress Reaction*): utilizzato per misurare lo stress auto-dichiarato nel personale sanitario. Si compone di 30 elementi, valutati su una scala da 0 a 5 punti.

SCID (*Structured Clinical Interview*) : uno strumento di intervista semi-strutturata usato per effettuare e stabilire attendibili diagnosi psichiatriche di disturbo mentale su individui adulti. Si basa sul Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders.

Esiste una **versione cinese** dello SCID (basata su campioni di Taiwan e Hong Kong), così come esperti incaricati della formazione all'utilizzo dello SCID dal personale di ricerca in Cina.

SCL-90 (*Symptom Check-List-90*): è un questionario che attesta e misura l'intensità dei sintomi auto-dichiarati tramite alcune sotto-scale. Si compone di 90 elementi e comprende 10 fattori tra cui somatizzazione, comportamenti ossessivo-compulsivi, depressione, ansia, ostilità, sensibilità interpersonale, ansia fobica, paranoia, psicoticismo e altri elementi. Il punteggio attribuibile a ciascun elemento va da 0 (=nessuno) a 4 (=grave), che verrà poi sommato e riconvertito in

punteggio finale o parziale se relativo alle sotto-scale per attestare eventuali alterazioni psicologiche.

SCSQ (*Simplified Coping Style Questionnaire*): questionario auto-dichiarato composto da 20 elementi complessivi che valuta lo stile di reazione e risposta adottato. C'è una versione cinese convalidata; 12 elementi riguardano la risposta attiva e 8 elementi si riferiscono alla modalità di reazione negativa. Con un punteggio in una scala da 0 a 3 punti, i soggetti intervistati devono indicare la frequenza con cui manifestano o hanno manifestato il comportamento a cui ciascun quesito si riferisce.

SDS (*Self-Rating Depression Scale*): è una scala utilizzata per attestare la presenza di depressione. È composta da 20 elementi, a ciascuno dei quali corrisponde un punteggio da 1 a 4 punti. Il punteggio complessivo va da 20 a 80 punti e più è elevato più sarà elevato il livello di depressione riscontrata nei soggetti intervistati. Esiste una versione cinese convalidata.

SRESE (*Revised Scale of Regulatory Emotional Self-Efficacy*): è la versione cinese, estrapolata da RESE. Si compone di 17 elementi ed è valutata su una scala di 5 punti. Punteggi più elevati indicano la maggiore fiducia del soggetto nelle proprie capacità e nel riuscire a riequilibrare il proprio stato emotivo.

SSRS (*Social Support Rating Scale*): è una scala auto-dichiarata multidimensionale per misurare la presenza e il livello di supporto sociale. Si compone di 10 elementi, che comprendono tre fattori: il supporto oggettivo (es. risorse economiche e aiuti materiali), il supporto soggettivo (es. presenza e quantità di amici/familiari) e disponibilità (es. come chiedere aiuto e/o supporto quando se ne ha bisogno). I punteggi parziali vengono sommati, ottenendo un punteggio complessivo che va da 0 a 50 punti. Punteggi maggiori indicano maggiore presenza e forza nel supporto sociale. Esiste una versione convalidata per l'utilizzo sulla popolazione cinese.

VAS (*Visual Analogue Scale*): utilizzata per misurare ansia e depressione, si presenta come una barra divisa in 10 segmenti (1 è il più debole e 10 il più forte). Punteggi maggiori indicano emozioni più forti relativamente allo stato mentale coinvolto.

WEMWBS (*Warwick Edinburgh Mental Wellbeing Scale*): è una scala composta da 14 elementi, utilizzata per valutare gli aspetti positivi connessi al benessere mentale soggettivo e al funzionamento psicologico. I soggetti intervistati devono attribuire a ciascun quesito un punteggio

da 1 a 5 per valutare le proprie esperienze emotive nel corso di due settimane. Esiste una versione cinese convalidata, la cui affidabilità è risultata particolarmente elevata nei campioni di soggetti anziani e di infermieri tirocinanti.

YSIS (*Youth Self-Rating Insomnia Scales*): misura i sintomi di insonnia su una scala di 5 punti per un complesso di 8 elementi. Esiste una versione convalidata cinese, utilizzata su un campione di adolescenti per attribuire la presenza e la severità di sintomi riconducibili all'insonnia.

8. BIBLIOGRAFIA

APPENDICE 1

- Ahmed, M. Z., Ahmed, O., Aibao, Z., Hanbin, S., Siyu, L., & Ahmad, A. (2020). Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102092. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102092>
- Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., & Zhuang, Q. (2020). Psychological impacts and coping strategies of front-line medical staff during COVID-19 outbreak in Hunan, China. *Medical Science Monitor*, 26. <https://doi.org/10.12659/msm.924171>
- Cai, Q., Feng, H., Huang, J., Wang, M., Wang, Q., Lu, X., Xie, Y., Wang, X., Liu, Z., Hou, B., Ouyang, K., Pan, J., Li, Q., Fu, B., Deng, Y., & Liu, Y. (2020). The mental health of frontline and non-frontline medical workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: A case-control study. *Journal of Affective Disorders*, 275, 210–215. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.031>
- Cai, W., Lian, B., Song, X., Hou, T., Deng, G., & Li, H. (2020). A cross-sectional study on mental health among health care workers during the outbreak of Corona Virus Disease 2019. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102111. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102111>
- Cai, Z., Cui, Q., Liu, Z., Li, J., Gong, X., Liu, J., Wan, Z., Yuan, X., Li, X., Chen, C., & Wang, G. (2020). Nurses endured high risks of psychological problems under the epidemic of COVID-19 in a longitudinal study in Wuhan China. *Journal of Psychiatric Research*, 131, 132–137. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.09.007>
- Cao, H., Zuo, C., Li, G., Huang, Y., Li, L., Huang, S., Zhao, J., Liu, J., Jiang, Y., & Wang, F. (2020). A Cross-Sectional Study of Psychological Status in Different Epidemic Areas in China After the COVID-19 Outbreak. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.575705> .
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287, 112934. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>

Chen, R., Liang, S., Peng, Y., Li, X., Chen, J., Tang, S., & Zhao, J. (2020). Mental health status and change in living rhythms among college students in China during the COVID-19 pandemic: A large-scale survey. *Journal of Psychosomatic Research*, 137, 110219. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110219> .

Chi, X., Liang, K., Chen, S.-T., Huang, Q., Huang, L., Yu, Q., Jiao, C., Guo, T., Stubbs, B., Hossain, M. M., Yeung, A., Kong, Z., & Zou, L. (2021). Mental health problems among Chinese adolescents during the COVID-19: The importance of nutrition and physical activity. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(3), 100218. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.100218>

Ding, H., Yin, S., Cheng, Y., Cai, Y., Huang, W., & Deng, W. (2020). Neurologic manifestations of nonhospitalized patients with COVID-19 in Wuhan, China. *MedComm*, 1(2), 253–256. Portico. <https://doi.org/10.1002/mco2.13>

Dong, Z.-Q., Ma, J., Hao, Y.-N., Shen, X.-L., Liu, F., Gao, Y., & Zhang, L. (2020). The social psychological impact of the COVID-19 pandemic on medical staff in China: A cross-sectional study. *European Psychiatry*, 63(1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.59>

Du, J., Dong, L., Wang, T., Yuan, C., Fu, R., Zhang, L., Liu, B., Zhang, M., Yin, Y., Qin, J., Bouey, J., Zhao, M., & Li, X. (2020). Psychological symptoms among frontline healthcare workers during COVID-19 outbreak in Wuhan. *General Hospital Psychiatry*, 67, 144–145. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.03.011>

Fang, X., Zhang, J., Teng, C., Zhao, K., Su, K.-P., Wang, Z., Tang, W., & Zhang, C. (2020). Depressive symptoms in the front-line non-medical workers during the COVID-19 outbreak in Wuhan. *Journal of Affective Disorders*, 276, 441–445. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.078>

Fu, M., Han, D., Xu, M., Mao, C., & Wang, D. (2021). The psychological impact of anxiety and depression on Chinese medical staff during the outbreak of the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Annals of Palliative Medicine*, 10(7), 7759–7774. <https://doi.org/10.21037/apm-21-1261> .

Fu, W., Yan, S., Zong, Q., Anderson-Luxford, D., Song, X., Lv, Z., & Lv, C. (2021). Mental health of college students during the COVID-19 epidemic in China. *Journal of Affective Disorders*, 280, 7–10. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.032>

Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., Wang, Y., Fu, H., & Dai, J. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLOS ONE*, 15(4), e0231924. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>

Guo, J., Feng, X. L., Wang, X. H., & van IJzendoorn, M. H. (2020). Coping with COVID-19: Exposure to COVID-19 and Negative Impact on Livelihood Predict Elevated Mental Health Problems in Chinese Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 3857. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113857>

Guo, J., Liao, L., Wang, B., Li, X., Guo, L., Tong, Z., Guan, Q., Zhou, M., Wu, Y., Zhang, J., & Gu, Y. (2020). Psychological Effects of COVID-19 on Hospital Staff: A National Cross-Sectional Survey of China Mainland. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3550050>

Hao, F., Tan, W., Jiang, L., Zhang, L., Zhao, X., Zou, Y., Hu, Y., Luo, X., Jiang, X., McIntyre, R. S., Tran, B., Sun, J., Zhang, Z., Ho, R., Ho, C., & Tam, W. (2020). Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 100–106. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.069>

Hou, T., Yin, Q., Xu, Y., Gao, J., Bin, L., Li, H., Cai, W., Liu, Y., Dong, W., Deng, G., & Ni, C. (2021). The Mediating Role of Perceived Social Support Between Resilience and Anxiety 1 Year After the COVID-19 Pandemic: Disparity Between High-Risk and Low-Risk Nurses in China. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.666789>

Hu, Y., Chen, Y., Zheng, Y., You, C., Tan, J., Hu, L., Zhang, Z., & Ding, L. (2020). Factors related to mental health of inpatients with COVID-19 in Wuhan, China. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 587–593. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.07.016>

Huang, C., Xie, J., Owusua, T., Chen, Z., Wang, J., Qin, C., & He, Q. (2021). Is psychological flexibility a mediator between perceived stress and general anxiety or depression among suspected patients of the 2019 coronavirus disease (COVID-19)? *Personality and Individual Differences*, 183, 111132. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111132>

Huang, J. Z., Han, M. F., Luo, T. D., Ren, A. K., & Zhou, X. P. (2020). Zhonghua lao dong wei sheng zhi ye bing za zhi = Zhonghua laodong weisheng zhiyebing zazhi = *Chinese journal of industrial hygiene and occupational diseases*, 38(3), 192–195. <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063>

Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 288, 112954. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>

Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., Yao, L., Bai, H., Cai, Z., Xiang Yang, B., Hu, S., Zhang, K., Wang, G., Ma, C., & Liu, Z. (2020). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028>

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>

Li, H. Y., Cao, H., Leung, D. Y. P., & Mak, Y. W. (2020). The Psychological Impacts of a COVID-19 Outbreak on College Students in China: A Longitudinal Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 3933. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113933>

Li, X., Lu, P., Hu, L., Huang, T., & Lu, L. (2020). Factors Associated with Mental Health Results among Workers with Income Losses Exposed to COVID-19 in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5627. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155627>

Li, Y., Qin, L., Shi, Y., & Han, J. (2021). The Psychological Symptoms of College Student in China during the Lockdown of COVID-19 Epidemic. *Healthcare*, 9(4), 447. <https://doi.org/10.3390/healthcare9040447>

Liang, Y., Chen, M., Zheng, X., & Liu, J. (2020). Screening for Chinese medical staff mental health by SDS and SAS during the outbreak of COVID-19. *Journal of Psychosomatic Research*, 133, 110102. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110102> .

Liang, Y., Wu, K., Zhou, Y., Huang, X., Zhou, Y., & Liu, Z. (2020). Mental Health in Frontline Medical Workers during the 2019 Novel Coronavirus Disease Epidemic in China: A Comparison with the General Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6550. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186550>

Lin, J., Ren, Y.-H., Gan, H.-J., Chen, Y., Huang, Y.-F., & You, X.-M. (2020). Factors associated with resilience among non-local medical workers sent to Wuhan, China during the COVID-19 outbreak. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02821-8>

Liu, C.-Y., Yang, Y., Zhang, X.-M., Xu, X., Dou, Q.-L., Zhang, W.-W., & Cheng, A. S. K. (2020). The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: a cross-sectional survey. *Epidemiology and Infection*, 148. <https://doi.org/10.1017/s0950268820001107>

Liu, D., Baumeister, R. F., Veilleux, J. C., Chen, C., Liu, W., Yue, Y., & Zhang, S. (2020). Risk factors associated with mental illness in hospital discharged patients infected with COVID-19 in Wuhan, China. *Psychiatry Research*, 292, 113297. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113297>

Liu, Z., Han, B., Jiang, R., Huang, Y., Ma, C., Wen, J., Zhang, T., Wang, Y., Chen, H., & Ma, Y. (2020). Mental Health Status of Doctors and Nurses During COVID-19 Epidemic in China. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3551329>

Lu, C., Chi, X., Liang, K., Chen, S.-T., Huang, L., Guo, T., Jiao, C., Yu, Q., Veronese, N., Soares, F. C., Grabovac, I., Yeung, A., & Zou, L. (2020). Moving More and Sitting Less as Healthy Lifestyle Behaviors are Protective Factors for Insomnia, Depression, and Anxiety Among Adolescents During the COVID-19 Pandemic. *Psychology Research and Behavior Management*, Volume 13, 1223–1233. <https://doi.org/10.2147/prbm.s284103>

Lu, P., Li, X., Lu, L., & Zhang, Y. (2020). The psychological states of people after Wuhan eased the lockdown. *PLOS ONE*, 15(11), e0241173. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241173>

Lu, W., Wang, H., Lin, Y., & Li, L. (2020). Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*, 288, 112936. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112936>

Ma, Z., Zhao, J., Li, Y., Chen, D., Wang, T., Zhang, Z., Chen, Z., Yu, Q., Jiang, J., Fan, F., & Liu, X. (2020). Mental health problems and correlates among 746 217 college students during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29. <https://doi.org/10.1017/s2045796020000931>

Mao, L., Jin, H., Wang, M., Hu, Y., Chen, S., He, Q., Chang, J., Hong, C., Zhou, Y., Wang, D., Miao, X., Li, Y., & Hu, B. (2020). Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurology*, 77(6), 683. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2020.1127>

Ning, X., Yu, F., Huang, Q., Li, X., Luo, Y., Huang, Q., & Chen, C. (2020). The mental health of neurological doctors and nurses in Hunan Province, China during the initial stages of the COVID-19 outbreak. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02838-z>

Pan, Y., Xin, M., Zhang, C., Dong, W., Fang, Y., Wu, W., Li, M., Pang, J., Zheng, Z., Wang, Z., Yuan, J., & He, Y. (2020). Associations of Mental Health and Personal Preventive Measure Compliance With Exposure to COVID-19 Information During Work Resumption Following the COVID-19 Outbreak in China: Cross-Sectional Survey Study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(10), e22596. <https://doi.org/10.2196/22596>

Peng, R., Zhou, W., Zhou, D., Chu, M., & Ling, L. (2021). The Mediating Role of Fatigue Between Mental Health and Its Associated Factors: Evidence From Chinese Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.665992>

Qi, J., Xu, J., Li, B.-Z., Huang, J.-S., Yang, Y., Zhang, Z.-T., Yao, D.-A., Liu, Q.-H., Jia, M., Gong, D.-K., Ni, X.-H., Zhang, Q.-M., Shang, F.-R., Xiong, N., Zhu, C.-L., Wang, T., & Zhang, X. (2020). The evaluation of sleep disturbances for Chinese frontline medical workers under the outbreak of COVID-19. *Sleep Medicine*, 72, 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.05.023>

Qi, T., Hu, T., Ge, Q.-Q., Zhou, X.-N., Li, J.-M., Jiang, C.-L., & Wang, W. (2021). COVID-19 pandemic related long-term chronic stress on the prevalence of depression and anxiety in the general population. *BMC Psychiatry*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03385-x>

Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33(2), e100213. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>

Qiu, X., Lan, Y., Miao, J., Wang, H., Wang, H., Wu, J., Li, G., Zhao, X., Cao, Z., Mei, J., Sun, W., Zhu, Z., Zhu, S., & Wang, W. (2021). A Comparative Study on the Psychological Health of Frontline Health Workers in Wuhan Under and After the Lockdown. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.701032>

Ren, Y., Qian, W., Li, Z., Liu, Z., Zhou, Y., Wang, R., Qi, L., Yang, J., Song, X., Zeng, L., & Zhang, X. (2020). Public mental health under the long-term influence of COVID-19 in China: Geographical and temporal distribution. *Journal of Affective Disorders*, 277, 893–900. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.045>

Shi, L., Lu, Z.-A., Que, J.-Y., Huang, X.-L., Liu, L., Ran, M.-S., Gong, Y.-M., Yuan, K., Yan, W., Sun, Y.-K., Shi, J., Bao, Y.-P., & Lu, L. (2020). Prevalence of and Risk Factors Associated With Mental Health Symptoms Among the General Population in China During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA Network Open*, 3(7), e2014053. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.14053>

Si, M.-Y., Su, X.-Y., Jiang, Y., Wang, W.-J., Gu, X.-F., Ma, L., Li, J., Zhang, S.-K., Ren, Z.-F., Ren, R., Liu, Y.-L., & Qiao, Y.-L. (2020). Psychological impact of COVID-19 on medical care workers in China. *Infectious Diseases of Poverty*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00724-0>

Song, X., Fu, W., Liu, X., Luo, Z., Wang, R., Zhou, N., Yan, S., & Lv, C. (2020). Mental health status of medical staff in emergency departments during the Coronavirus disease 2019 epidemic in China. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 60–65. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.06.002>

Sui, W., Gong, X., & Zhuang, Y. (2021). The mediating role of regulatory emotional self-efficacy on negative emotions during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(3), 759–771. Portico. <https://doi.org/10.1111/inm.12830>

Sun, Q. M., Qin, Q. S., Chen, B. X., Shao, R. F., Zhang, J. S., & Li, Y. (2020). *Zhonghua yi xue za zhi*, 100(43), 3419–3424. <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112137-20200302-00557>

Tan, W., Hao, F., McIntyre, R. S., Jiang, L., Jiang, X., Zhang, L., Zhao, X., Zou, Y., Hu, Y., Luo, X., Zhang, Z., Lai, A., Ho, R., Tran, B., Ho, C., & Tam, W. (2020). Is returning to work during the COVID-19 pandemic stressful? A study on immediate mental health status and psychoneuroimmunity prevention measures of Chinese workforce. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 84–92. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.055>

Tan, Y., Huang, C., Geng, Y., Cheung, S. P., & Zhang, S. (2021). Psychological Well-Being in Chinese College Students During the COVID-19 Pandemic: Roles of Resilience and Environmental Stress. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.671553>

Tan, Y., Lin, X., Wu, D., Chen, H., Jiang, Y., He, T., Yin, J., & Tang, Y. (2020). Different Trajectories of Panic and the Associated Factors among Unmarried Chinese during the COVID-19 Pandemic. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 12(4), 967–982. Portico. <https://doi.org/10.1111/aphw.12238>

Tang, L., Gao, Y., Qi, S., Cui, J., Zhou, L., & Feng, Y. (2022). Prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms among patients with mental disorder during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03790-w>

Tang, S., Xiang, M., Cheung, T., & Xiang, Y.-T. (2021). Mental health and its correlates among children and adolescents during COVID-19 school closure: The importance of parent-child discussion. *Journal of Affective Disorders*, 279, 353–360. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.016>

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R. S., Choo, F. N., Tran, B., Ho, R., Sharma, V. K., & Ho, C. (2020). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 40–48. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.028>

Wang, C., Zhou, J., & Zong, C. (2020). Two cases report of epidemic stress disorder to novel coronavirus pneumonia. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102070. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102070>

Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical Science Monitor*, 26. <https://doi.org/10.12659/msm.923549>

Xiao, X., Zhu, X., Fu, S., Hu, Y., Li, X., & Xiao, J. (2020). Psychological impact of healthcare workers in China during COVID-19 pneumonia epidemic: A multi-center cross-sectional survey investigation. *Journal of Affective Disorders*, 274, 405–410. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.081>

Xie, F., Wang, X., Zhao, Y., Wang, S. D., Xue, C., Wang, X. T., Chen, Y. X., & Qian, L. J. (2021). Inverse Correlation Between Distress and Performance in the Medical Rescuers Against COVID-19 in Wuhan. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.563533>

Xie, H., Cheng, X., Song, X., Wu, W., Chen, J., Xi, Z., & Shou, K. (2020). Investigation of the Psychological disorders in the healthcare nurses during a coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Medicine*, 99(34), e21662. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000021662>

Xiong, H., Yi, S., & Lin, Y. (2020). The Psychological Status and Self-Efficacy of Nurses During COVID-19 Outbreak: A Cross-Sectional Survey. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 57, 004695802095711. <https://doi.org/10.1177/0046958020957114>

Xiong, L.-J., Zhong, B.-L., Cao, X.-J., Xiong, H.-G., Huang, M., Ding, J., Li, W.-T., Tong, J., Shen, H.-Y., Xia, J.-H., & Hu, Y. (2021). Possible posttraumatic stress disorder in Chinese frontline healthcare workers who survived COVID-19 6 months after the COVID-19 outbreak: prevalence, correlates, and symptoms. *Translational Psychiatry*, 11(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01503-7>

Xu, H., Zhang, H., Huang, L., Wang, X., Tang, X., Wang, Y., Xiao, Q., Xiong, P., Jiang, R., Zhan, J., Deng, F., Yu, M., Liu, D., Liu, X., Zhang, C., Wang, W., Li, L., Cao, H., Zhang, W., ... Yin, L. (2021). Increased symptoms of post-traumatic stress in school students soon after the start of the COVID-19 outbreak in China. *BMC Psychiatry*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03339-3>

Xu, J., Xu, Q., Wang, C., & Wang, J. (2020). Psychological status of surgical staff during the COVID-19 outbreak. *Psychiatry Research*, 288, 112955. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112955>

Juan, Y., Yuanyuan, C., Qiuxiang, Y., Cong, L., Xiaofeng, L., Yundong, Z., Jing, C., Peifeng, Q., Yan, L., Xiaojiao, X., & Yujie, L. (2020). Psychological distress surveillance and related impact analysis of hospital staff during the COVID-19 epidemic in Chongqing, China. *Comprehensive Psychiatry*, 103, 152198. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152198>

Ying, Y., Ruan, L., Kong, F., Zhu, B., Ji, Y., & Lou, Z. (2020). Mental health status among family members of health care workers in Ningbo, China, during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02784-w>

Zhang, C., Yang, L., Liu, S., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Du, H., Li, R., Kang, L., Su, M., Zhang, J., Liu, Z., & Zhang, B. (2020). Survey of Insomnia and Related Social Psychological Factors Among Medical Staff Involved in the 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00306>

Zhang, C., Ye, M., Fu, Y., Yang, M., Luo, F., Yuan, J., & Tao, Q. (2020). The Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Teenagers in China. *Journal of Adolescent Health*, 67(6), 747–755. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.08.026>

Zhang, J., Shuai, L., Yu, H., Wang, Z., Qiu, M., Lu, L., Cao, X., Xia, W., Wang, Y., & Chen, R. (2020). Acute stress, behavioural symptoms and mood states among school-age children with attention-deficit/hyperactive disorder during the COVID-19 outbreak. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102077. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102077>

Zhang, S. X., Wang, Y., Rauch, A., & Wei, F. (2020). Unprecedented disruption of lives and work: Health, distress and life satisfaction of working adults in China one month into the COVID-19 outbreak. *Psychiatry Research*, 288, 112958. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112958>

Zhang, W., Wang, K., Yin, L., Zhao, W., Xue, Q., Peng, M., Min, B., Tian, Q., Leng, H., Du, J., Chang, H., Yang, Y., Li, W., Shangguan, F., Yan, T., Dong, H., Han, Y., Wang, Y., Cosci, F., & Wang, H. (2020). Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19

Epidemic in China. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(4), 242–250. Portico. <https://doi.org/10.1159/000507639>

Zhang, Y., & Ma, Z. F. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2381. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072381>

Zhang, Y., Pi, D.-D., Liu, C.-J., Li, J., & Xu, F. (2022). Psychological impact of the COVID-19 epidemic among healthcare workers in paediatric intensive care units in China. *PLOS ONE*, 17(5), e0265377. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265377>

Zhang, Y., Zhang, H., Ma, X., & Di, Q. (2020). Mental Health Problems during the COVID-19 Pandemics and the Mitigation Effects of Exercise: A Longitudinal Study of College Students in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3722. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103722>

Zhou, S.-J., Wang, L.-L., Yang, R., Yang, X.-J., Zhang, L.-G., Guo, Z.-C., Chen, J.-C., Wang, J.-Q., & Chen, J.-X. (2020). Sleep problems among Chinese adolescents and young adults during the coronavirus-2019 pandemic. *Sleep Medicine*, 74, 39–47. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.06.001>

Zhou, S.-J., Zhang, L.-G., Wang, L.-L., Guo, Z.-C., Wang, J.-Q., Chen, J.-C., Liu, M., Chen, X., & Chen, J.-X. (2020). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(6), 749–758. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>

Zhou, T., Chen, W., Liu, X., Wu, T., Wen, L., Yang, X., Hou, Z., Chen, B., Zhang, T., Zhang, C., Xie, C., Zhou, X., Wang, L., Hua, J., Tang, Q., Zhao, M., Hong, X., Liu, W., Du, C., ... Yu, X. (2021). Children of parents with mental illness in the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey in China. *Asian Journal of Psychiatry*, 64, 102801. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102801>

Zhou, Y., Wang, W., Sun, Y., Qian, W., Liu, Z., Wang, R., Qi, L., Yang, J., Song, X., Zhou, X., Zeng, L., Liu, T., Li, Z., & Zhang, X. (2020). The prevalence and risk factors of psychological disturbances of frontline medical staff in china under the COVID-19 epidemic: Workload should be concerned. *Journal of Affective Disorders*, 277, 510–514. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.059>

Zhu, Z., Xu, S., Wang, H., Liu, Z., Wu, J., Li, G., Miao, J., Zhang, C., Yang, Y., Sun, W., Zhu, S., Fan, Y., Chen, Y., Hu, J., Liu, J., & Wang, W. (2020). COVID-19 in Wuhan: Sociodemographic characteristics and hospital support measures associated with the immediate psychological impact on healthcare workers. *EClinicalMedicine*, 24, 100443. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100443>

BIBLIOGRAFIA GENERALE

Bi, Q., Wu, Y., Mei, S., Ye, C., Zou, X., Zhang, Z., Liu, X., Wei, L., Truelove, S. A., Zhang, T., Gao, W., Cheng, C., Tang, X., Wu, X., Wu, Y., Sun, B., Huang, S., Sun, Y., Zhang, J., ... Feng, T. (2020). Epidemiology and transmission of COVID-19 in 391 cases and 1286 of their close contacts in Shenzhen, China: a retrospective cohort study. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(8), 911–919. [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(20\)30287-5](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(20)30287-5).

Bridge Consulting. *Mental Health Tech in China: Where It's At and Where It's Going*. <https://bridgebeijing.com/blogposts/mental-health-tech-in-china-where-its-at-and-where-its-going/> (ultimo accesso 02/02/2023).

Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X., Wang, J., & Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e15–e16. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30078-x](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30078-x).

“China to Reform, Expand 550 Mental Hospitals”, http://www.china.org.cn/china/2010-06/21/content_20308720.htm (ultimo accesso ottobre 2021).

Fang, X., Zhang, C., Wu, Z., Peng, D., Xia, W., Xu, J., Wang, C., Cui, L., Huang, J., & Fang, Y. (2019). The association between somatic symptoms and suicidal ideation in Chinese first-episode major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 245, 17–21. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.110>.

Gorbalenya, A. E., Baker, S. C., Baric, R. S., de Groot, R. J., Drosten, C., Gulyaeva, A. A., Haagmans, B. L., Lauber, C., Leontovich, A. M., Neuman, B. W., Penzar, D., Perlman, S., Poon, L. L. M.,

Samborskiy, D., Sidorov, I. A., Sola, I., & Ziebuhr, J. (2020). Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: The species and its viruses – a statement of the Coronavirus Study Group. <https://doi.org/10.1101/2020.02.07.937862>.

Huang, D., Yang, L. H., & Pescosolido, B. A. (2019). Understanding the public's profile of mental health literacy in China: a nationwide study. *BMC Psychiatry*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1980-8>.

Huang, Y., Wang, Y., Wang, H., Liu, Z., Yu, X., Yan, J., Yu, Y., Kou, C., Xu, X., Lu, J., Wang, Z., He, S., Xu, Y., He, Y., Li, T., Guo, W., Tian, H., Xu, G., Xu, X., ... Wu, Y. (2019). Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study. *The Lancet Psychiatry*, 6(3), 211–224. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(18\)30511-x](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(18)30511-x).

International Journal of Mental Health (1987), *MENTAL HEALTH PROBLEMS AND CARE IN THE PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA (Fall 1987)*, 16:3.

Jiang, Chun, et al. (2005), 北京地区325家综合医院心理卫生服务状况. *中华预防医学杂志*, 2005, 39(04): 242.

Keqing, L., Ze, C., Lijun, C., Qinpu, J., Guang, S., Haoran, W., Jing, H., Wuwen, Z., Jianguo, X., Yanping, Z., Ben, Z., Jianxun, J., Xueyi, W., Jun, T., Yufu, Z., Haishan, H., Jianping, G., & Enyi, Z. (2008). Epidemiological survey of mental disorders in the people aged 18 and older in Hebei Province. *Asian Journal of Psychiatry*, 1(2), 51–55. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2008.09.010>.

Kübler, U. (2013) Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID). *Encyclopedia of Behavioral Medicine*, 1919–20.

Lee, S., Guo, W., Tsang, A., He, Y., Huang, Y., Liu, Z., Zhang, M., Shen, Y., & Kessler, R. C. (2009). Impaired Role Functioning and Treatment Rates for Mental Disorders and Chronic Physical Disorders in Metropolitan China. *Psychosomatic Medicine*, 71(8), 886–893. <https://doi.org/10.1097/psy.0b013e3181baa65e>.

Li, H., Zhou, Q., Zhu, H., Shi, P., Shen, Q., Zhang, Z., Chen, Z., Pu, C., Xu, L., Hu, Z., Ma, A., Gong, Z., Xu, T., Wang, P., Wang, H., Hao, C., Li, C., & Hao, M. (2022). The evolution of mental health

related policies in China: A bibliometric analysis, 1987–2020. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.964248>.

Liang, D., Mays, V. M., & Hwang, W.-C. (2017). Integrated mental health services in China: challenges and planning for the future. *Health Policy and Planning*, 33(1), 107–122. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx137>.

Liu FY, Xiao SY, Zeng WJ (2012), 论政府在精神卫生服务体系建设中的责任边界. *J Soc Sci Hunan Normal Univ.*, 1:23–7.

Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y.-T., Liu, Z., Hu, S., & Zhang, B. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e17–e18. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30077-8).

Ma H. (2012), Integration of hospital and community services—the ‘686 Project’—is a crucial component in the reform of China’s mental health services. *Shanghai Arch Psychiatry*, 24(3): 172.

Ma H, Liu J, Yu X. (2009), Important mental health policy documents and speeches in recent years in China. *Chin Ment Health J*; 23(12): 840-843

Ma, X., Xiang, Y.-T., Cai, Z.-J., Li, S.-R., Xiang, Y.-Q., Guo, H.-L., Hou, Y.-Z., Li, Z.-B., Li, Z.-J., Tao, Y.-F., Dang, W.-M., Wu, X.-M., Deng, J., Wang, C.-Y., Lai, K. Y. C., & Ungvari, G. S. (2009). Prevalence and socio-demographic correlates of major depressive episode in rural and urban areas of Beijing, China. *Journal of Affective Disorders*, 115(3), 323–330. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.09.010>.

“Ministry Wants More Ankang Mental Hospitals”, http://www.china.org.cn/china/2010-05/29/content_20143853.htm

Parker, G., Gladstone, G., & Chee, K. T. (2001). Depression in the Planet’s Largest Ethnic Group: The Chinese. *American Journal of Psychiatry*, 158(6), 857–864. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.6.857>.

Phillips, M. R., Li, X., & Zhang, Y. (2002). Suicide rates in China, 1995–99. *The Lancet*, 359(9309), 835–840. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(02\)07954-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(02)07954-0).

Phillips, M. R., Zhang, J., Shi, Q., Song, Z., Ding, Z., Pang, S., Li, X., Zhang, Y., & Wang, Z. (2009). Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001–05: an epidemiological survey. *The Lancet*, 373(9680), 2041–2053. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(09\)60660-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(09)60660-7).

Psychiatry Advisor. *Mental Health Concerns Arise Amid COVID-19 Epidemic*. <https://www.psychiatryadvisor.com/home/topics/general-psychiatry/mental-health-concerns-arise-amid-covid-19-epidemic/> (ultimo accesso gennaio 2022).

Qin, X., Wang, W., Jin, Q., Ai, L., Li, Y., Dong, G., Liu, L., & Phillips, M. R. (2008). Prevalence and rates of recognition of depressive disorders in internal medicine outpatient departments of 23 general hospitals in Shenyang, China. *Journal of Affective Disorders*, 110(1–2), 46–54. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.12.237>.

Rubin, G. J., & Wessely, S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. *BMJ*, m313. <https://doi.org/10.1136/bmj.m313>.

Shen, Y.-C., Zhang, M.-Y., Huang, Y.-Q., He, Y.-L., Liu, Z.-R., Cheng, H., Tsang, A., Lee, S., & Kessler, R. C. (2005). Twelve-month prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in metropolitan China. *Psychological Medicine*, 36(2), 257–267. <https://doi.org/10.1017/s0033291705006367>.

South China Morning Post, *Cost of 11 billion Covid tests in three months gives China's economy a jolt*. <https://www.scmp.com/economy/china-economy/article/3181548/china-gdp-nearly-11-billion-covid-tests-seen-giving-economy>(ultimo accesso dicembre 2022).

South China Morning Post. *Psychiatrists go online to improve mental health amid pandemic*. <https://www.scmp.com/tech/apps-social/article/3077260/chinas-mental-health-counsellors-reach-out-online-help-those> (ultimo accesso gennaio 2022).

The Beijing News, 31个省份启动应急响应. <http://www.bjnews.com.cn/feature/2020/01/28/680524.html> (ultimo accesso dicembre 2021).

The Lancet. (2010). Psychiatric institutions in China. *The Lancet*, 376(9734), 2. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)61039-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)61039-2).

Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C. J., & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575–1586. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)61611-6).

World Health Organization (1983), *Primary Health Care: The Chinese Experience*. Geneva: WHO, 1983.

World Health Organization (2005), Department of Mental Health and Substance Abuse. *Mental Health Atlas*. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2005.

World Health Organization. (2007). 2007年世界卫生报告. 构建安全未来. 21世纪全球公共卫生安全.

World Health Organization (2020), Pneumonia of unknown cause – China. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON229> (ultimo accesso maggio 2022).

World Health Organization (2020), *Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)*, 2020. [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)) (ultimo accesso maggio 2022).

Xiang, Y.-T., Yu, X., Sartorius, N., Ungvari, G. S., & Chiu, H. F. (2012). Mental health in China: challenges and progress. *The Lancet*, 380(9855), 1715–1716. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60893-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60893-3).

Yang, Y., Li, W., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T., & Xiang, Y.-T. (2020). Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e19. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30079-1](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30079-1).

Yip, K.-S. (2005). An Historical Review of the Mental Health Services in the People's Republic of China. *International Journal of Social Psychiatry*, 51(2), 106–118. <https://doi.org/10.1177/0020764005056758>.

Zhang, M. (2010). Major Depressive Disorder Treatment Guidelines in China. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(suppl E1). <https://doi.org/10.4088/jcp.9058se1c.06gry>.

中国疾病预防控制中心. (2008) 中国精神卫生工作规划（2002-2010年）. https://www.chinacdc.cn/ztxm/jkzg2020/gnzl/200807/t20080730_53748.htm

中华人民共和国中央人民政府. (2004) 国务院办公厅转发卫生部等部门关于进一步加强精神卫生工作指导意见的通知. http://www.gov.cn/gongbao/content/2004/content_62998.htm

中华人民共和国中央人民政府. (2012) 中华人民共和国精神卫生法. http://www.gov.cn/jrzq/2012-10/26/content_2252122.htm

中华人民共和国中央人民政府. (2015) 国务院办公厅关于转发卫生计生委等部门全国精神卫生工作规划（2015—2020年）的通知. http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-06/18/content_9860.htm

疾病预防控制局. (2020) 国家卫生健康委办公厅关于印发新型冠状病毒肺炎防控方案（第五版）的通知. <http://www.nhc.gov.cn/jkj/s3577/202002/a5d6f7b8c48c451c87dba14889b30147.shtml>

中华人民共和国中央人民政府. (2015) 《全国精神卫生工作规划（2015-2020年）》解读_政策法规解读_政策_中国政府网. http://www.gov.cn/zhengce/2015-06/18/content_2881440.htm

中华人民共和国国家卫生健康委员会. (2019) 对十三届全国人大一次会议第4637号建议的答复. <http://www.nhc.gov.cn/wjw/jiany/201901/0035ad011f8a40a6860112e99fbc48d9.shtml>

中华人民共和国国家统计局 (2003). 中国统计年鉴 (总第22期). 中国统计出版社.

中华人民共和国国家监察委员会. (2020) 关于群众反映的涉及李文亮医生有关情况调查的通报. https://www.ccdi.gov.cn/toutiao/202003/t20200319_213880.html

中华人民共和国国家监察委员会. (2020) 武汉市公安局对李文亮被训诫案责任人作出处理. https://www.ccdi.gov.cn/yaowen/202003/t20200319_213897.html

中国疾病预防控制中心新型冠状病毒肺炎应急响应机制流行病学组. 新型冠状病毒肺炎流行病学特征分析 [J]. 中华流行病学杂志, 2020, 41 (02): 145-151. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2020.02.003.

中华人民共和国国家卫生健康委员会. (2020) 全力做好新型冠状病毒感染疫情防控工作. 截至2月25日24时新型冠状病毒肺炎疫情最新情况. <http://www.nhc.gov.cn/xcs/yqtb/202002/741ce06130284a77bfbf699483c0fb60.shtml>

湖北省新型冠状病毒感染肺炎疫情防控指挥部通告 (2020) http://www.hubei.gov.cn/zhuanti/2020/gzxxgzbd/zxtb/202003/t20200324_2189256.shtml

中华人民共和国国家卫生健康委员会. (2020) 全力做好新型冠状病毒感染疫情防控工作. 工伤保险为奋战在抗击新型冠状病毒肺炎疫情中的预防和救护人员撑起职业伤害“保护伞”. <http://www.nhc.gov.cn/xcs/fkdt/202001/0ffbb879ac1b4466b01de8b40a1372fc.shtml>

疾病预防控制局. (2020) 关于印发新型冠状病毒感染的肺炎疫情紧急心里危机干预指导原则的通知. <http://www.nhc.gov.cn/jkj/s3577/202001/6adc08b966594253b2b791be5c3b9467.shtml>