

---

## EDITORIALE

---

“Di funestissima memoria fu e sarà sempre l’anno...”

Lodovico Antonio Muratori<sup>1</sup>

Il 2020 verrà ricordato come l’anno di inizio della pandemia di Covid-19. A questo tema è dedicato il presente fascicolo di *Rivista Sperimentale di Freniatria*, che si concentra in particolare sulle conseguenze in termini di disuguaglianze.

Il 31 gennaio 2020, dopo che l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) aveva informato il mondo che le autorità cinesi avevano identificato un nuovo coronavirus responsabile di una forma di grave polmonite nell’essere umano, il Governo italiano ha proclamato lo Stato di Emergenza, tuttora in atto nel momento in cui si redige il presente editoriale<sup>2</sup>. L’Italia è stato il primo paese europeo a essere colpito dal nuovo virus: il primo caso autoctono di Covid-19 è stato segnalato il 21 febbraio 2020 nella città di Codogno, in Lombardia<sup>3</sup>. Nelle settimane seguenti si è assistito ad una crescita esponenziale del numero di contagi e di morti. Nei tre mesi successivi l’epidemia ha causato oltre 230.000 contagiati e più di 30.000 morti. Le regioni più colpite sono state inizialmente Emilia-Romagna e Veneto. Per questo, sono state adottate misure di *lockdown* (confinamento), dapprima locale/regionale, quindi nazionale, per favorire il distanziamento sociale, al fine di contenere la diffusione della pandemia<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> L. A. Muratori. Annali d’Italia dal principio dell’Era volgare sino all’anno 1750. Tomo ottavo: dall’anno 1301 all’anno 1400, p. 245. In Monaco, MDCCLXIII, nella Stamperia di Agostino Olzati.

<sup>2</sup> Delibera del Consiglio dei Ministri 31 gennaio 2020. Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all’insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili. (20A00737) (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.26 del 01-02-2020).

<sup>3</sup> A. Mutti. Occupational Medicine in the time of COVID-19, *Med Lav* 2020, 111, 2: 83-86.

<sup>4</sup> C. Gaglione, I. Purificato, O.P. Rymkevich. COVID-19 and Labour Law: Italy. *Italian Labour Law e-Journal* 2020. Special Issue 1, Vol. 13.

A partire dall'11 marzo 2020, tutte le regioni italiane si sono trovate in uno stato di confinamento generalizzato, in cui erano consentite unicamente le attività essenziali. Lo stesso giorno, l'OMS ha dichiarato lo stato di pandemia, essendo ormai il virus presente in 160 nazioni e in tutti i continenti.

Dopo una parziale tregua, fornita dall'estate 2020, nell'autunno dello stesso anno l'epidemia ha presentato una prima recrudescenza ("seconda ondata"), questa volta riguardante l'intero territorio nazionale e non solo, principalmente, le tre regioni già menzionate; alla seconda ondata ha fatto seguito, dall'estate 2021, una terza ondata, anch'essa estesa a livello nazionale e caratterizzata dalla diffusione di una variante virale particolarmente contagiosa, denominata "variante Delta."

L'epidemia ha mietuto un numero elevato di vittime tra i professionisti sanitari. In Italia, al 20 luglio 2021, 359 medici risultavano deceduti a causa del coronavirus: per quasi un terzo si trattava di medici di medicina generale<sup>5</sup>. Inoltre, un elevato numero di infermieri, farmacisti e altri operatori sanitari aveva perso la vita a causa del Covid-19. Complessivamente, alla stessa data si contavano 4.289.528 di contagi e 127.874 decessi causati dall'infezione da coronavirus<sup>6</sup>.

Accanto agli effetti diretti dell'epidemia di Covid-19 per la salute fisica, si sono verificate importanti conseguenze sulla sfera economica e nell'ambito della salute mentale. Infatti, l'adozione di importanti misure di contenimento ha prodotto un crollo della domanda interna, e si è così verificata una contrazione del Prodotto Interno Lordo di quasi il 9% in un anno, fatto mai accaduto in tempo di pace e nella storia della nostra Repubblica. Inoltre, L'epidemia di Covid-19 ha contribuito al diffondersi di un clima di incertezza, favorito dal timore di essere contagiati e contagianti, e ha messo in luce la coesistenza di sistemi di contenimento medievali (ad es. quarantena e confinamento, *lockdown*) con sistemi di cura ultratecnologici (l'assistenza delle terapie intensive, la capacità di sviluppare vaccini in tempi rapidissimi)<sup>7</sup>. Tutto ciò, unito all'incertezza economica e alle conseguenze dirette dell'infezione, ha provocato ingenti effetti in termini di salute mentale, tutt'ora difficili da quantificare esattamente.

<sup>5</sup> FNOMCEO. Elenco dei Medici caduti nel corso dell'epidemia di Covid-19. Disponibile al link: <https://portale.fnomceo.it/elenco-dei-medici-caduti-nel-corso-dellepidemia-di-covid-19/> (ultimo accesso: 21 luglio 2021).

<sup>6</sup> Coronavirus in Italia, i dati e la mappa. Disponibile al link: <https://lab24.ilsole24ore.com/coronavirus/> (ultimo accesso: 21 luglio 2021).

<sup>7</sup> M. Moscara, G. Mattei, G. M. Galeazzi. Trauma collettivo ed esperienza di incertezza: un confronto tra il terremoto del 2012 e la pandemia del 2020 in Italia *Recenti Prog Med.* 2020;111(10):577-583.

Anche il ruolo dei mass media nella comunicazione della pandemia merita una riflessione. Infatti, uno studio condotto su un intervento di confinamento a livello universitario dovuto a una sparatoria avvenuta negli Stati Uniti ha indicato che le persone che avevano ricevuto informazioni contrastanti sul *lockdown* riportavano livelli di stress acuto molto più alti. In particolare, le persone che erano state a diretto contatto attraverso messaggi telefonici o avevano utilizzato social media per aggiornamenti critici durante il *lockdown* erano esposte a un'informazione più conflittuale e stress. Inoltre, maggiori livelli di stress erano riportati da elevati utilizzatori di social media<sup>8</sup>. Non è escluso che al diffondersi del clima di incertezza già citato abbia contribuito non solo la pandemia, ma anche l'epidemia mediatica.

Dal 1875 ad oggi, *Rivista Sperimentale di Freniatria* si è confrontata in diverse occasioni con le epidemie, sia in senso storico (con riferimento alle epidemie di peste del Medioevo) che nella contemporaneità (con riferimento alle epidemie di encefalite letargica di von Economo e di HIV/AIDS). È pertanto utile rileggere alcuni contributi apparsi sulla Rivista, alla luce dell'esperienza e della conoscenza maturate nel corso dell'attuale emergenza sanitaria.

Il contributo storico di Maria Bertolani Del Rio pubblicato sulla Rivista nel 1975 affronta la peste del 1348, evidenziando come la gestione accorta e tempestiva da parte delle Autorità di allora (in particolare, da parte del Vescovo di Reggio Emilia Bartolomeo d'Asti) permise di contenere l'epidemia, evitando che causasse i gravi danni provocati nelle città vicine e nel resto d'Italia. Questo contributo ci aiuta a ritrovare alcuni elementi costanti in tutte le epidemie. Infatti, come scrive Del Rio<sup>9</sup>,

Nel periodo medioevale mancano precise documentazioni sulle epidemie. Ricorre spesso la parola "pestilenza", con la quale si definiva qualunque genere di malattia che si trasmetteva in modo epidemico. Scrive il Pazzini<sup>10</sup> che "soltanto in Italia si possono contare circa trenta pestilenze dal principio del sec. XII a circa la metà del sec. XV." Fra le epidemie di peste sono rimaste famose: quella del 1348, anche per la descrizione che ne ha lasciato il Boccaccio nel Decamerone; le tre di Milano: quella del 1524, detta "peste di Carlo V"; quella del 1576, che ricorda la carità e l'eroismo del Cardinale Borromeo, detta "peste di San Carlo" – epidemia che ha avuto un accurato ricercatore e profondo studioso in *Francesco La Cava*<sup>11</sup> – e quella del 1630, rievocata dal Manzoni nei "Promessi Sposi."

<sup>8</sup> M. Purgato, C. Gastaldon, D. Papola, M. van Ommeren, C. Barbui, W.A. Tol. Psychological therapies for the treatment of mental disorders in low- and middle-income countries affected by humanitarian crises. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2018, CD0111849. 2.

<sup>9</sup> M. Bertolani Del Rio, L'Ospedale di San Lazzaro presso Reggio nell'Emilia durante l'epidemia di peste del 1348. Riv Sperm Fren 1975, Vol. 99: 51-55.

<sup>10</sup> A. Pazzini, Storia della Medicina. Vol. I, pag. 534. Editrice Libreria, Milano.

<sup>11</sup> F. La Cava, La peste di S. Carlo, vista da un medico. Ulrico Hoepli, Milano 1945.

L'Autrice ci ricorda che Reggio Emilia, città dove è stata fondata e ha tuttora sede *Rivista Sperimentale di Freniatria*, è stata particolarmente colpita dalle epidemie di peste del 1348 e 1630; quest'ultima colpì duramente anche altre città emiliane, in particolare Modena, Parma e Piacenza.

L'Ospedale di San Lazzaro di Reggio Emilia, nato come lebbrosario e in seguito divenuto manicomio, fu spostato nell'attuale sede, lungo la via Emilia, nel 1217. Fino al XVI ospitò i lebbrosi, in seguito una promiscua varietà di malati. Nel 1754 nacque l'Ospedale psichiatrico, che continuò a operare come tale fino a pochi decenni fa. In merito a questo, Del Rio afferma:

Ho rivolto la mia attenzione e le mie ricerche all'epidemia del 1348, che infierì con spaventosa violenza e rivelò una previdente organizzazione da parte dei Reggiani che "primi tra i Lombardi a far uso di lazzaretti in tempi di contagi, raccolsero in San Lazzaro gli appestati"<sup>12</sup>. (...) L'epidemia del 1348 fu di particolare violenza e si manifestò principalmente come "peste polmonare", forma più grave della "peste bubbonica o ghiandolare". In Italia invase dapprima la Sicilia, dove era stato portato nell'ottobre del 1347 da dodici galere veneziane, rifugiatesi nel porto di Messina. Si estese poi a tutta Italia e si diffuse in Europa. L'Italia perdette allora metà della sua popolazione<sup>13</sup>, nonostante fossero presi saggi provvedimenti ed emanate severe ordinanze<sup>14</sup>.

La prevenzione è un elemento centrale per evitare il diffondersi delle epidemie. Reggio Emilia, che fu tra le città che adottarono già nel 1277 particolari provvedimenti profilattici in occasione di "pestilenze" – come quelli di non accompagnare i funerali, di non seppellire i morti nelle Chiese, ma fuori città<sup>15</sup>, fu anche all'avanguardia nel 1348 nell'adottare una valida difesa all'irrompente aggressione del terribile morbo, che aveva già colpito le vicine città. A Modena furono diecimila i decessi nel 1348<sup>16</sup>; a Piacenza morì un terzo degli abitanti<sup>17</sup>. Il divieto di celebrare matrimoni e funerali, così come il ricorso a confinamento, distanziamento sociale e quarantena, sono stati riportati all'attenzione delle ultime generazioni proprio dall'attuale epidemia di coronavirus, in particolare nella fase di *lockdown* tra l'inverno e la primavera 2020. Dalla fine della Seconda Guerra Mondiale, non si era mai conosciuta una sospensione delle libertà individuali così massiccia.

Forse è proprio per questo che nei mesi della pandemia da coronavirus,

<sup>12</sup> V. Grasselli, L'Ospedale di San Lazzaro presso Reggio nell'Emilia. Tipografia di Stefano Calderini e Figlio, 1897, pp. 21-22.

<sup>13</sup> A. Pazzini, cit., p.535.

<sup>14</sup> M. Bertolani Del Rio, cit.

<sup>15</sup> A. Pazzini, cit., p.536.

<sup>16</sup> F. La Cava, cit., p.26.

<sup>17</sup> E. Nasalli Rocca, Le epidemie in Piacenza nel secolo XIV. Bollettino storico piacentino. Fasc. I, 1973, p.18.

si è fatto spesso il confronto tra l'epidemia e le guerre mondiali; inoltre, si è sentito frequentemente fare ricorso a una retorica di guerra, con espressioni quali "il virus è il nemico", "la nostra potenza di fuoco", "siamo in guerra", "questa è una guerra". Al di là della correttezza o meno di questo confronto, è utile ricordare che nella gestione dell'emergenza sanitaria hanno avuto un ruolo non secondario l'Esercito italiano e la Sanità militare, ad esempio con interventi diretti, tra i quali l'istituzione di ospedali da campo, a Lodi, Bergamo e Piacenza nel corso della prima ondata (inverno-primavera 2020), e in Calabria nel corso della seconda ondata (autunno 2020).

In quest'ottica è utile rileggere il contributo di Augusto Tamburini, già direttore dell'Ospedale psichiatrico San Lazzaro di Reggio Emilia, scritto nel giugno 1916 in qualità di Consulente psichiatra del Ministro della Guerra e significativamente pubblicato sulla Rivista nella sezione "Questioni di attualità per la nostra guerra."<sup>18</sup> Per quanto riguarda i "reparti neuro-psichiatrici delle Armate, Tamburini riporta che

(...) nelle zone [di guerra] più avanzate, ad ogni Armata è fino dal Settembre 1915 preposto un Consulente psichiatra, designato dall'Ispettorato, fra i più competenti specialisti che facevano parte dell'Esercito attivo: Prof. Arturo Morselli per la 1.a Armata (Verona), Prof. Vincenzo Bianchi per la 2.a (Udine), Prof. Angelo Alberti per la 3.a (S. Giorgio a Nogaro), Prof. Giacomo Pighini per la 4.a (Belluno). Ad essi spetta:

1. il servizio di consulenza nevro-psichiatrica propriamente detto, cioè la visita, da parte di essi, negli Ospedaletti e Ospedali da campo e di riserva nelle zone della rispettiva Armata, di quei casi di malattie mentali o nervose che ivi vengono segnalati, per verificare la diagnosi e provvedere al loro successivo collocamento negli adatti Stabilimenti sanitari;

2. la organizzazione e direzione di speciali Reparti destinati ad accogliere, in uno o più punti del territorio della rispettiva Armata, quei casi che alla loro prima sommaria visita risultino poco chiari, o sospetti di simulazione o consistenti in forme psicopatiche o nevropatiche acute e facilmente guaribili con semplici cure ospitaliere specializzate, o per i quali sia necessario un certo periodo di osservazione prima di stabilire l'opportuno ulteriore collocamento e decidere le relative questioni medico-legali.<sup>19</sup>

Tamburini precisa poi che i reparti nelle zone di guerra più avanzate avevano tre funzioni: riconoscere e rimuovere i soldati affetti da malattie mentali dal resto delle truppe, riconoscere tra questi i simulatori e rimuoverli prontamente dalle truppe, distinguere in base alla gravità i casi individuati, in modo da

<sup>18</sup> A. Tamburini, L'organizzazione del servizio neuro-psichiatrico di guerra nel nostro Esercito. Riv Sperim Fren 1917; Vol.42: 178-187.

<sup>19</sup> A. Tamburini, cit., pp. 178-179.

trattare i casi più lievi sul posto per inviarli nuovamente e in tempi rapidi in guerra, mentre i casi più gravi venivano inviati verso le strutture presenti nelle zone interne. Tamburini segnala poi che per effetto di tale organizzazione, nel primo anno di guerra si era verificata una riduzione del numero dei riformati, un aumento dei soldati rinviiati al campo, un basso numero di internamenti in manicomio, un discreto numero di simulatori smascherati.

I soldati che non potevano essere curati nelle zone avanzate e rinviiati al fronte venivano mandati ai “Reparti psichiatrici e neurologici delle zone territoriali”, collocati presso Istituti sanitari militari nelle retrovie, e specializzati nel trattamento di precise problematiche (nella terminologia dell’epoca, psicopatie e nevropatie: le prime con riferimento ai disturbi psichiatrici, le seconde a quelli strettamente neurologici). I Reparti psichiatrici militari erano in genere collocati in padiglioni o quartieri speciali dei rispettivi Manicomi o di Cliniche psichiatriche. Essendo la rete manicomiale ampiamente sviluppata nell’Italia dell’epoca, non vi era carenza di servizi per questa tipologia di pazienti, secondo Tamburini; lo stesso riferiva invece come fossero carenti i “Servizi nevropatici specializzati”, presenti solo in pochi punti delle retrovie e delle zone territoriali lontane dal fronte di guerra, sicché spesso questi malati venivano curati negli Ospedali militari comuni. L’Autore sottolinea come lo sviluppo di una adeguata rete di strutture specialistiche consentirebbe una adeguata capacità di riabilitare i soldati “nevropatici”, in modo da reintegrarli nelle truppe o comunque nella società civile, evitando che essi vadano incontro ad una invalidità totale o parziale permanente, andando così a gravare sul Bilancio dello Stato “con forti indennità e pensioni privilegiate.”

La lettura del contributo di Augusto Tamburini evidenzia il forte impatto che le catastrofi hanno sulla salute mentale; all’epoca, si trattava dell’impatto della guerra sulla salute mentale dei soldati (risalgono a quel periodo le prime osservazioni sulle “nevrosi traumatiche” da guerra, e sul costrutto sindromico che in seguito diventerà il Disturbo Post-Traumatico da Stress). Si sottolinea inoltre il ruolo fondamentale svolto dai sanitari in prima linea (in questo caso, gli psichiatri), e di come le strutture in prima linea possano influire significativamente sulla gestione di una crisi sanitaria.

Colpisce la totale mancanza di qualsiasi critica al sistema psichiatrico dell’epoca, all’istituzione (l’Autore parla di una “perfetta organizzazione statale dei Manicomi”<sup>20</sup>); una adesione forse in parte dovuta all’eccezionalità rappresentata al tempo di guerra, o al ruolo di Consulente ministeriale rivestito.

Infine, si evidenzia come proprio per tutte le ragioni già menzionate, la presenza di psichiatri nelle strutture organizzative, gestionali e operative rappresenti una risorsa in tempi di catastrofi, quali guerre ed epidemie. Abbiamo già ricordato che Augusto Tamburini aveva svolto il ruolo di Consulente psichiatra del Ministro della Guerra. Oltre cento anni dopo,

<sup>20</sup> A. Tamburini, cit., p. 181.

nel contesto della pandemia da coronavirus, il Governo italiano ha istituito un Comitato di esperti in materia economico sociale nel quale, fra le varie professionalità, era presente anche quella dello psichiatra.

Venendo alla contemporaneità, la più recente pandemia che si ricorda per gli effetti devastanti che ha prodotto (e tutt'ora produce in molti paesi del mondo) è quella da HIV/AIDS. Nonostante le cure oggi disponibili abbiamo ridotto l'impatto di tale malattia sulla mortalità, è doveroso ricordare che nei paesi in via di sviluppo, anche a causa del ridotto accesso alle cure e ai costi delle stesse, l'AIDS miete ancora un numero elevatissimo di vite umane. I contributi riguardanti l'epidemia di HIV/AIDS pubblicati su *Rivista Sperimentale di Freniatria* si concentrano soprattutto tra la fine degli anni Ottanta e i primi anni Novanta del secolo scorso. Ciò non è casuale, perché in tale periodo si colloca l'esplosione della malattia nel nostro paese, e quindi la necessità per il servizio sanitario di far fronte a una problematica all'epoca del tutto nuova. Di lì a poco, l'introduzione della terapia antiretrovirale altamente efficace ha consentito di dare una svolta importante nel decorso della malattia, e quindi anche dell'epidemia nei paesi in cui si è potuto rendere tali cure accessibili ai più.

Arrivando ai contributi raccolti nel presente fascicolo, essi affrontano la pandemia di Covid-19 da diversi punti di vista, in modo multidisciplinare, così da asservire in primo luogo al compito di essere una testimonianza diretta di questo evento di portata storica.

**Antonello Bellomo, Loreta Notarangelo, Domenico De Berardis, Julio Torales, João Mauricio Castaldelli-Maia e Antonio Ventriglio** presentano un'analisi critica dei fattori psicosociali (ad esempio comportamenti, credenze, teorie, adattamento sociale, ecc.) legati alle pandemie nel corso della storia, ed evidenziano come le reazioni sociali alle pandemie possano essere simili nel corso dei secoli e tra culture diverse.

**Roberto De Vogli e Rossella De Falco** offrono una rassegna sugli effetti della pandemia di Covid-19 in termini di disuguaglianze sanitarie, e sulle politiche pubbliche efficaci per contenerle. Gli Autori mostrano come le classi socioeconomiche più povere sono state le più colpite dalle infezioni e dai decessi provocati dal Covid-19 a causa delle disuguaglianze nelle condizioni di lavoro, abitative e dell'area di residenza, fattori psicosociali e disuguale accesso all'assistenza sanitaria.

**Andrea Marchioni, Filippo Damiani e Luca Bonacini** si focalizzano sul forte rallentamento dell'economia italiana ed europea provocato dalla pandemia. Il loro contributo si concentra sul collegamento tra la fragilità socioeconomica e l'esposizione epidemica al Covid-19 in Italia e Europa, al fine comprendere empiricamente le ragioni delle differenze nazionali nella diffusione e letalità del virus da Covid-19 a livello europeo.

**Melissa Hinds, Paul Margolies e Lisa Dixon** presentano gli effetti della pandemia negli Stati Uniti, partendo dall'ingiustizia razziale come determinante sociale della salute. Il contributo mette in evidenza il lavoro del Center for Practice Innovations, organizzazione che fornisce formazione e supporto per l'implementazione dei servizi di salute comportamentale in tutto lo Stato di New York.

**Olga Rymkevich** approfondisce le misure volte a sostenere le famiglie italiane durante la pandemia di Covid-19. Tali misure sono state emanate dal governo italiano a partire dal 5 marzo 2020 a sostegno delle persone in difficoltà economica, e prevedevano l'estensione delle possibilità di ferie retribuite o non retribuite, indennità monetarie e incentivi all'utilizzo del lavoro a distanza, in primis lo smart working diventato ufficialmente una forma ordinaria di lavoro per la pubblica amministrazione e ampiamente incentivato nel settore privato.

**Stefano Tripi** analizza le implicazioni dell'adozione dello smart working (lavoro agile) nelle Pubbliche Amministrazioni italiane, come conseguenza dell'emergenza Covid-19, con particolare riferimento all'ambito manageriale e alla salute mentale. Nel suo contributo, l'Autore integra alcune tra le principali indicazioni che emergono dalla letteratura e da alcune ricerche.

**Valeri Babini** offre una riflessione su contraddizioni, paradossi e inaspettate esperienze umane che hanno attraversato il nostro pianeta e la nostra epoca durante la pandemia. Cercando nella storia e nella psicoanalisi freudiana argomenti che consentano di credere nella possibilità di una solidarietà umana, l'Autrice auspica che la sfida imposta dalla pandemia alla scienza medica richiami l'attenzione sulla centralità del rapporto umano tra medico e paziente nonché su una concezione realistica e non fideistica del potere della scienza e dei suoi avanzamenti.

Nel momento in cui portiamo a termine il presente editoriale, il nostro paese si appresta ad affrontare una recrudescenza dell'epidemia, in particolare un aumento delle infezioni provocate dalla variante Delta, peraltro in piena estate. Accanto al timore per nuove possibili conseguenze di ciò sul piano della salute, dell'economia, dei rapporti sociali e della convivenza, si fa strada la speranza nella scienza e nelle sue possibilità, grazie alle quali sono stati prodotti vaccini contro il Covid-19 in tempi record. Alla fine di dicembre 2020 sono state somministrate le prime dosi vaccinali; al momento in cui scriviamo, fine luglio 2021, il 58% della popolazione italiana maggiore di dodici anni è vaccinato contro il virus, più di 31 milioni di italiani. Ancora una volta, i vaccini si rivelano strumenti indispensabili per garantire e tutelare la salute collettiva e individuale, e per proteggere la popolazione da vecchie e nuove minacce.

*Giorgio Mattei, Jacopo Santambrogio, Gian Maria Galeazzi*