

link

VOLUME 1/ 2020



Direttore responsabile
Mario Sellini

Redazione
Vito Tummino (Presidente Federazione Società Scientifiche di Psicologia, FISP); Giovanni Cavadi (Docente Università degli Studi di Brescia), Eleonora Riva, Sara Scacchetti, Erica Segat

Segreteria
Eleonora Riva, Sara Scacchetti

Comitato scientifico
Anita Caruso, Isabel Fernandez, David Lazzari, Antonio Loiacono, Francesco Macrì (Segretario nazionale della FISM, Federazione Italiana delle Società Medico-Scientifiche), Lorraine Mangione (Department of Psychology Antioch University, New England, USA), Mario Sellini (Presidente Società Scientifica Form AUPI)

Redazione Como
Studio di Psicologia
Via Rusconi 21
22100 Como
e-mail: redazioneLink2@gmail.com

Redazione Roma
Sede FormAupi
Via Arenula 16, 00186 Roma,
tel. 06.6873819,
fax 06.68803822

Art director
Andrea Rosso
(andrearossocomo@gmail.com)

Grafica e impaginazione
Natura e comunicazione/ Como

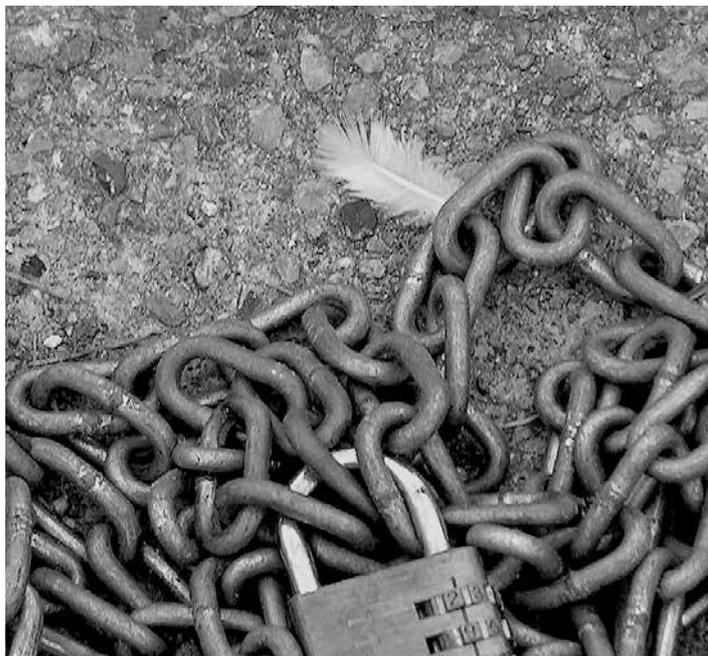
Amministrazione
Via Arenula 16, 00186 Roma,
tel. 06.6873819, fax 06.68803822
e-mail: formaupi@aupi.it

Stampa
Poligraf Srl Pomezia
tel. 06.9106822

ISSN 2611-6758
Link

Link Volume 1/ 2020 – Poste Italiane SpA – Spedizione in abbonamento postale – 70% - C/RM/DCB

Editore: Associazione Unitaria Psicologi Italiani A.U.P.I. Link rivista scientifica di psicologia - 1/2020. Redazione e sede legale: Roma, via Arenula 16 – Tel.06.6873819 – Fax 06.68803822. Tipografia: Po.li.graf Srl – via Vaccareccia 41 – 00040 Pomezia (RM). Registrazione del Tribunale di Roma n.278 del 7/6/2002. Direttore Responsabile: Mario Sellini



Rivista della Società Scientifica FormAupi in collaborazione con la FISP - Federazione Italiana Società di Psicologia

Link non è in vendita, viene inviata agli iscritti di FORMAUPI e delle altre Società scientifiche FISP.

VOLUME 1 / 2020

NORME PER GLI AUTORI

I manoscritti inviati per pubblicazione su *Link* devono essere indirizzati via e-mail a Vito Tummino (vitummino@gmail.com) e al responsabile di redazione (Giovanni Cavadi, cavadi@libero.it).

I contributi presentati per la pubblicazione non devono essere già stati pubblicati o contemporaneamente sottoposti ad altre riviste. Nel caso di contributi di particolare interesse già editi, la redazione si riserva ogni decisione in merito. La redazione segnalerà all'autore eventuali modifiche da apportare al testo.

CODICE ETICO

La rivista adotta il Codice Etico secondo le linee guida del COPE.

NORME REDAZIONALI

La Rivista *Link* è articolata nelle seguenti sezioni:

Focus, Una storia, Esperienze, Società, Strumenti, Recensioni, Una storia clinica, Sperimentazioni, Riflessioni, Emozioni, Link art.

Per le rassegne e gli articoli di ricerca si raccomanda di non superare le 12 cartelle dattiloscritte, comprese tabelle, figure e bibliografia.

Gli articoli di ricerca dovranno contenere una precisa, anche se breve, introduzione al problema trattato, nella quale verranno specificati anche gli scopi della ricerca; seguiranno sezioni riguardanti metodo e tecniche (in cui saranno chiaramente indicati disegno della ricerca, campione, strumenti e procedure per la raccolta delle informazioni, modalità di elaborazione dei dati), risultati, discussione, conclusioni e bibliografia.

Tutti i contributi saranno corredati da un riassunto in italiano ed uno in lingua inglese, con un massimo di 200 parole. Anche il titolo del contributo sarà presentato nelle due lingue.

Tutti i contributi devono essere corredati di 3/5 parole chiave in lingua italiana e inglese.

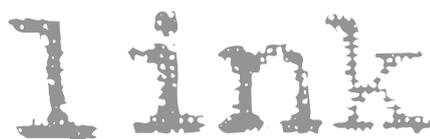
BIBLIOGRAFIA

La bibliografia va stesa secondo le norme dell'*American Psychological Association*. Essa deve essere in ordine alfabetico. Ecco alcuni esempi:

Beck A.T. & Freeman A. (1990) *Cognitive therapy of personality disorders*. The Guilford Press, New York. (trad. it. Terapia cognitiva dei disturbi di personalità, Mediserve, Milano, 1993).
Costantino G., Malgady R. G., Rogler L. H. & Tsui G. (1988) *Discriminant analysis of clinical outpatients and public school children by TEMAS: A thematic apperception test for Hispanics and Blacks*, Journal of Personality Assessment, 52, 670-678.

Crotti N., Di Leo S. & Viterbori P. (1998) *Dalla paura al cambiamento*, in Crotti N. (ed), Cancro: percorsi di cura, Meltemi, Roma, 27-49.

Zani B. & Cicognani E. (1999) *Le vie del benessere. Eventi di vita e strategie di coping*. Carocci, Roma.



edit

Questo numero di *Link* è dedicato alla pandemia dovuta al Covid 19 che ha provocato, fino ad oggi, più di 1.100.000 morti nel mondo. Le conseguenze delle malattie infettive e contagiose comportano anche gravi ripercussioni economiche, disoccupazione, suicidi e, aspetto di solito trascurato, stato di disorientamento emotivo con cui convivere in attesa di un vaccino o di una cura.

A oggi sono morte in Italia circa 37.000 persone tra cui più di 250 sanitari. Il virus si è diffuso a due velocità: la prima ondata ha investito soprattutto le regioni industrializzate del Nord e ora una seconda ondata si sta diffondendo in tutta Italia.

Dobbiamo attenderci un elevato numero di insorgenze di ansia e di depressione, nonché un aumento di suicidi e di tentati suicidi, indicatori del fatto che ci sarà da affrontare un altro grande problema: l'adattamento a una realtà completamente nuova e diversa.

Gli Italiani in generale hanno risposto in maniera responsabile, seguendo le direttive delle autorità nazionali e regionali nella prima chiusura secondo lo slogan "Io resto a casa".

Oggi, in piena ripresa pandemica in tutto il Paese, si sono rese necessarie ulteriori misure di contenimento.

L'angoscia per la situazione di incertezza e per il futuro si è propagata a vari livelli in tutti i settori della popolazione. La traumatizzazione psicologica si è evidenziata *in primis* nelle persone direttamente colpite e tra i loro familiari: la loro vita, le loro abitudini e le loro aspettative sono state stravolte alimentando paura di morire, solitudine, senso di colpa per non avere preso precauzioni, angoscia per i propri cari e angoscia di sentirsi abbandonati dal sistema di cura. Molte persone stanno soffrendo profondamente per l'isolamento imposto dal rischio contagio, per la mancanza di contatti sociali reali, per l'impedimento del movimento fisico e per l'impossibilità di godere di spazi all'aria aperta, per la perdita di abitudini quotidiane quali la vita di quartiere, per convivenze difficili in spazi chiusi (coppie in crisi e famiglie con bambini); il disagio per i disabili e i malati cronici e oncologici che non hanno accesso o hanno accesso difficoltoso alle cure consuete è reale, così come la difficoltà o l'impossibilità di accedere alle cure ospedaliere in caso di nuove patologie. L'ansia per l'inevitabile crisi economica e sociale già in atto e futura colpisce fortemente lavoratori e imprenditori: già oggi migliaia di persone che hanno lavorato in nero, ad esempio migranti del Sud Italia e non solo, o lavoratori precari senza contratto, non hanno e probabilmente non avranno alcun sussidio di protezione; questo comporterà inevitabilmente una ripercussione sulla salute mentale e disorientamento di un grandissimo numero di soggetti, maggiormente tra le fasce deboli in una fase nella quale gli individui tendono a perdere le poche certezze materiali e psicologiche faticosamente acquisite, alimentando in loro la comparsa di ansia e depressione, inibendo la fase fondamentale di ripresa alla vita normale.

Purtroppo in questi anni sono diminuiti i finanziamenti ai servizi territoriali e ospedalieri, con una perdita di 62.000 posti letto. L'esplosione dell'epidemia ha trovato impreparati sia i medici di base sia gli ospedali. Ancora oggi i posti letto di cure intensive, pur aumentati di numero, non sono sufficienti e molti contagiati meno gravi devono curarsi a casa; molti medici di Medicina Generale non visitano più i malati se non da remoto. L'attività ordinaria ospedaliera e tutti gli interventi chirurgici e le visite ambulatoriali sono sospesi e rinviati. I pazienti dei servizi di salute mentale, ad oggi, sono tra coloro che ricevono pochissima assistenza e spesso non possono recarsi negli ambulatori e le visite avvengono raramente in presenza.

Nel grande sforzo che il Sistema Sanitario Nazionale sta facendo per l'emergenza, rimane insoluta la criticità dell'assistenza psicologica: i servizi psicologici del Sistema Sanitario Nazionale, impegnati prevalentemente nella erogazione ordinaria di prestazioni, non sono in grado di fronteggiare il nuovo e crescente disagio psicologico del gran numero di persone ospedalizzate da Covid o in quarantena, dei familiari dei malati e dei deceduti e del personale sanitario. A fronte di questa situazione non si rilevano segnali di incremento del numero di psicologi dedicati a questa emergenza da parte del Ministero e delle Regioni. Tuttavia per sopperire a questa carenza abbiamo assistito a una importante offerta delle Società Scientifiche di Psicologia e degli Ordini degli psicologi che si sono attivati per aumentare l'offerta di prestazione specialistica alla popolazione.

In questo numero viene descritto come gli psicologi dei servizi pubblici e privati, attraverso riflessioni, ricerche e esperienze sul campo, hanno impegnato la loro professionalità in questa difficile fase del nostro Paese.

Nella sezione *Focus* troviamo due articoli. Il primo "Perché la speranza è una strategia al tempo del Covid-19" affronta il tema della speranza dal punto di osservazione dello psicologo italo-americano Anthony Scioli. L'autore, da tempo studioso dell'argomento, sostiene che riuscire a vivere con un sentimento di speranza può equivalere a possedere un secondo sistema immunitario, cioè un sistema psicologico interno e naturale di emozione protettiva personale (EPP). L'idea guida per i nostri comportamenti, utile ad affrontare questo difficile momento, è racchiusa nella frase di Albert Schweitzer «Spesso, anche la nostra luce si spegne, e viene riaccesa... da qualche esperienza che viviamo attraverso un altro essere umano... che ha acceso le fiamme dentro di noi».

Il secondo articolo della sezione è di Daniela De Berardinis e Paola Dondi: "La psicologia ospedaliera ieri, oggi, domani". In esso si percorre il lungo periodo di costruzione dei servizi di Psicologia Ospedaliera, a partire dal nuovo approccio di cura interdisciplinare che risulta essere trasversale ai diversi quadri di malattia (interazione persistente in tutte le fasi della vita dell'unità mente-corpo) ed è rivolto a ristabilire il migliore livello di funzionamento psico-fisico del paziente ospedalizzato.

Nella sezione *Una Storia* Giovanni Cavadi ci racconta l'incredibile intuizione di Stanley Milgram (1933-1984) che si rese conto che le ragioni dei crimini nazisti (che risiedevano non soltanto nella cattiveria o nella mostruosità di alcuni carnefici, ma nell'assenza di pensiero in uomini con comportamenti del tutto normali, addirittura banali) se inserite in una macchina infernale quale l'organizzazione totalitaria e terroristica, rendevano gli individui capaci delle più disumane atrocità.

La sezione *Strumenti* ospita un articolo di Catello Parmentola ed Elena Leardini sulle «Prestazioni psicologiche a distanza». Tema attualissimo in tempi di Covid19, in cui i professionisti psicologi sono costretti ad operare con nuove modalità, non in presenza, per ridurre i rischi di contagio. Questo articolo vuole sollecitare un approccio alle prestazioni psicologiche a distanza, laico e aperto, ma al contempo vuole avvertire del rischio intrinseco di eventuali improvvisazioni, anche quando dettate da situazioni di emergenza: si tratta quindi di valutare ogni volta rischi e benefici della nuova modalità.

In *Esperienze* pubblichiamo il contributo di Cinzia Cristina Sacchelli e Gloria Resconi "Dall'emergenza pandemica alla costruzione di un sistema di supporto psicologico per le vittime da Covid-19". Il lavoro illustra la modalità con la quale il Servizio di Psicologia dell'EPE ASST di Crema, riorganizzando l'attività degli psicologi trasversalmente alle singole U.O., ha operato nel periodo pandemico in una delle zone più flagellate dal virus.

Segue l'articolo "Diventare genitori nel tempo sospeso del coronavirus", in cui Elisa Giannaccari affronta la complessità di diventare genitori in questo periodo di emergenza Covid19. Infatti i DPCM che si sono succeduti sulle norme di prevenzione della pandemia hanno avuto un notevole impatto sulla vita delle gestanti e delle partorienti, ma in generale della coppia genitoriale, influenzando significativamente non

solo il loro stato emotivo complessivo ma anche le condizioni di vita che potevano fungere da fattori di protezione alle psicopatologie del post-parto.

Nella sezione *Ricerche* sono ospitati tre contributi. Il primo, "Impatto psicologico del Covid-19 su lavoratori del settore sanitario e della scuola: uno studio italiano" di Eleonora Gentile, Salvatore Gentile, Giovanni Palmieri, Maria Carmela Stigliano, Giuseppe Laguardia e Marina de Tommaso esplora le conseguenze comportamentali e gli effetti psicologici della pandemia di SARS-CoV-2 sugli operatori sanitari e sugli insegnanti.

Nel secondo articolo di questa sezione Santo Di Nuovo e Carolina Patti scrivono sugli "Effetti psicologici dei social network durante l'isolamento sociale". Questa ricerca indaga l'influenza di variabili demografiche, di variabili di personalità e di disagio psicologico analizzando un campione composto da 400 persone di età compresa tra i 12 e gli 80 anni, 228 donne e 172 uomini, tutti utenti di social networks.

Il terzo contributo è una ricerca nella "zona rossa" del Lodigiano mirata sull'impatto psicologico del Covid 19 su un gruppo di adolescenti. Gli autori, Chiara Maiorani, Marco Pagani, Isabel Fernandez, Daniela Verdi, hanno testato 148 studenti con il questionario Psycho-covid 19 (www.psycho-covid19.it) e con il questionario Termometro delle emozioni applicato alla DAD (didattica a distanza).

In *Storie cliniche* Eleonora Riva presenta "Riflessioni su un percorso di psicoterapia ai tempi del Covid-19". La riflessione dell'autrice è relativa al setting con il quale in questo periodo una psicoterapeuta si è trovata più volte a fare i conti, non tanto per il setting entro il quale si svolge la terapia, ma per le norme di condivisione e di compliance che regolano il rapporto terapeutico.

Nella sezione *Società* il lavoro "Femminicidio, violenza domestica e violenza di genere: tre emergenze sociali" di Fulvio Frati ci descrive il peggioramento di una situazione notoriamente difficile per le donne.

In *Riflessioni* ospitiamo un contributo del medico igienista Antonino Gianì dal titolo "Il minimalismo nella pratica medica e nel linguaggio musicale: l'assenza di evidenze note e l'essenza delle sette note. Una riflessione su Covid e "less is more". A una cultura della medicina a tendenza massimizzante che ben risponde a logiche e profitti del mercato sanitario, si contrappone uno sforzo, una visione che possiamo ricondurre alla medicina minimizzante o minimalista coerente, tra l'altro, con il concetto di qualità : fare le cose giuste ed appropriate al soggetto giusto ed appropriato , al momento giusto e farle bene sin dall'inizio. L'essenzialità e il minimalismo, ad es. nella musica ci hanno offerto eccelse interpretazioni: da Bach alla musica moderna quale nuova chiave di interpretazione della realtà.

Sempre in questa sezione Isabel Fernandez, con "Fotografia di un paese coinvolto nella lotta contro il coronavirus", descrive il contributo offerto dai membri dell'Associazione EMDR, Società Scientifica di Psicologia, alle richieste di supporto psicologico, seguendo linee guida operative sugli aspetti cognitivi, emotivi ed affettivi rivolto ai pazienti e ai loro familiari.

In *Emozioni* Maria Concetta Gandolfo con "Eroi e non. Come la filosofia può spiegarci da dove nasce il senso del dovere", ci ricorda che tutti abbiamo vissuto la pandemia con grandi sofferenze ma che questa situazione ci ha spinto a riflettere su alcuni valori che forse avevamo dimenticato, travolti dal ritmo frenetico della vita odierna, improntata al consumismo ed al culto del profitto.

Per *Link Art* Rosa De Rosa ci fa conoscere la sensibilità della pittrice e scrittrice Emily Carr, che agli albori del secolo scorso iniziò ad interessarsi della vita e della cultura delle popolazioni indigene della costa occidentale dell'Isola di Vancouver: la scoperta del bosco, della foresta, ambienti primordiali segnati entrambi dai Pali totemici magici e misteriosi dei Nativi, hanno rappresentato i soggetti ideali della sua pittura "psicologica".

VITO TUMMINO

link
focus

**Perché la speranza
è una strategia al tempo del Covid-19**

ANTHONY SCIOLI

La psicologia ospedaliera ieri, oggi, domani

DANIELA DE BERARDINIS, PAOLA DONDI



Perché la speranza è una strategia al tempo del Covid-19

Why hope is a strategy at the time of Covid-19

La speranza può essere paragonata a un secondo sistema immunitario, un'altra forma di PPE (emozione protettiva personale). Nel mezzo del COVID-19, il mondo non può permettersi il lusso di un cieco ottimismo. È necessaria una speranza vera. Già l'OMS (Organizzazione Mondiale della Salute, 5 novembre 2020) riporta oltre quarantasette milioni di casi confermati di contagio. Più di 1.200.000 sono i morti. Queste sono cifre globali. Scrivo questo capitolo dagli Stati Uniti, che rappresentano quasi il 20% di tutti i casi confermati e dei decessi legati a COVID-19. Una recente analisi condotta dalla Columbia University indica che se il distanziamento sociale americano fosse iniziato due settimane prima, il risultato sarebbe stato di 700.000 infezioni in meno e di cinquantaquattromila morti in meno (Chappell, 2020)

ANTHONY SCIOLI*

PAROLE CHIAVE: speranza, resilienza, strategia, spiritualità

Il COVID-19 non è l'influenza. Ci sono segnalazioni di ictus, danni al fegato e ai reni, nonché disturbi del nervo cranico. I tassi di mortalità variano a seconda dell'età e della salute preesistente. Per la maggior parte delle persone, il COVID-19 non è una condanna a morte. Tuttavia, è difficile prevedere la vulnerabilità o la gravità dei sintomi. Alcuni individui rimangono asintomatici mentre altri muoiono. Politici ed esperti spesso sostengono che "la speranza non è una strategia". Sono psicologicamente ingenui. In questo capitolo, presento un modello di speranza che può essere applicato a vari livelli, dalla cura di sé all'azione collettiva.

La speranza: il "compito essenziale" di ognuno

Studio la speranza da trent'anni. Ho appreso che la speranza è complessa ma merita una vita intera di dedizione, sia sul piano professionale che personale. Martin Lutero proclamò "tutto ciò che viene fatto nel mondo è fatto dalla speranza". Per Goethe, la speranza era una "seconda anima". Dostoevsky ha scritto, "vivere senza speranza è smettere di vivere". In questo capitolo mi concentro su come costruire la speranza. Se cercate una comprensione più profonda della speranza, raccomando il mio libro del 2009, *Hope in the age of anxiety* (Scioli & Biller, 2009).

Inizio con le cause della 'perdita di speranza' relative al COVID per poi descrivere la natura della speranza. Passerò a due forme di speranza, entrambe importanti per affrontare il COVID-19. Successivamente, mi concentrerò sulla speranza e sulla leadership. Concluderò con le strategie di azione collettiva.

A causa del COVID-19 stiamo provando un contagio di perdita della speranza, una sindrome di nove bisogni umani sconvolti, tutti bisogni fondamentali per la piena esperienza della speranza. Ho etichettato questo virus "COVID-19-9."

Comincio con i bisogni di fiducia e intimità. Esiste un mandato quasi globale per il distanziamento sociale. Uno studio cinese indica che l'80% dei contagi avviene tramite portatori asintomatici (Lorenz, 2020). Chi è al sicuro? Chi è contagioso? Anche la previsione (costruzione della realtà) e i bisogni di base (sorveglianza della realtà) vengono ostacolati. Esistono vari modelli epidemiologici e un orizzonte variabile di tempistiche per potenziali obiettivi: appiattimento delle curve, riacutizzazioni, una possibile "seconda ondata", test anticorpi, sviluppo di un vaccino. Ci sono storie affascinanti sulle presunte origini del COVID-19, sulla sua dispersione e sui possibili trattamenti. Il "gioco della colpa" è iniziato presto e continua. Tra i "colpevoli" rientrano la Cina, l'OMS, i bioterroristi statunitensi o cinesi e un pipistrello di Wuhan. I trattamenti più propagandati sono il farmaco per la malaria, l'idrocloroquina (risultata infondata negli studi clinici) e un antivirale (remdesivir). Recensioni sullo studio del remdesivir condotto da NIH (Beigel et al. 2020) variano ampiamente, dalla promozione all'eliminazione.

Le esigenze di *validazione e ispirazione* sono vanificate dal sostegno inadeguato dei lavoratori in prima linea e dalle risposte "anemiche" di leader mondiali di alto profilo. Un rapporto delle Nazioni Unite sugli operatori sanitari in 191 paesi ha riportato: superlavoro, mancanza di PPE, tassi di infezione più alti del previsto e crescenti problemi di salute mentale (ONU, 2020). Non una sola "superpotenza" si posiziona tra i primi cinque paesi «che hanno fatto un ottimo lavoro per proteggere i cittadini dal COVID-19 (Deep Knowledge, 2020).

Nel regno spirituale, i "leader della fede" hanno distorto i bisogni umani di *livelli spirituali di presenza, sicurezza o empowerment*. Frustrato dalle restrizioni degli assembramenti di massa, il pastore del Texas Kelly Burton ha accusato Satana «che sta cercando di separarci, sta cercando di impedirci di adorare insieme». Il pastore della Louisiana Tony Spell è andato oltre, "Stiamo disobbedendo alle regole perché il comandamento di Dio è di diffondere il Vangelo" (Barone, 2020). Quale Bibbia guida questi "guru"? Non può essere lo stesso testo in cui Marco (2:27) ripete il dettato di Gesù, "il sabato è stato fatto per l'uomo, non l'uomo per il sabato" (Senior et al. 2011, p. 1405).

Il televangelista americano Jonathan Shuttlesworth ha attaccato le chiese cattoliche in Italia per aver rimosso l'acqua santa o aver raccomandato disinfettanti per le mani. "Sei un perdente. Un mazzo di pansé" (Bollinger, 2020). Luca, addestrato quale medico, cita Gesù: «Sei come tombe invisibili... Imponi alla gente fardelli difficili da trasportare, ma tu stesso non alzi un dito... Hai portato via la chiave della conoscenza» (Luca, 11: 44-52, in Senior et al, P 1461).

In Brasile, due noti pastori Edir Macedo e Silas Malfaia hanno alimentato i messaggi dei social media, asserendo che la fiducia nei poteri divini avrebbe tenuto lontano il COVID-19 mentre il divieto di riunirsi nelle chiese esprimerebbe una mancanza di fiducia nel potere divino (Capponi, 2020). Quale bibbia guida questi "profeti"? Non può essere lo stesso libro in cui Paolo (Filippesi, 4:13) scrive «Ho la forza per tutto per mezzo di Lui che mi dà il potere» (Senior, Collins e Getty, 2011, p. 1669).

Il ritorno della speranza

La speranza riaffiora in tempi di pericolo e possibilità. Nel 2008, durante una recessione globale, Barack Obama fu eletto alla presidenza americana sulla promessa di "speranza e cambiamento". Ne conseguì un breve periodo di fascino per la speranza, culminato nella primavera araba del 2011. Entro il 2016, un'ampia parte dell'economia globale ha avuto una ripresa. La minaccia dell'Ebola è diminuita. L'ISIS ha perso il 95 % del suo territorio. I riferimenti alla speranza si sono ridotti. Ora, nel mezzo di una pandemia globale, la speranza occupa di nuovo il centro della scena.

Il 20 marzo 2020, il presidente americano Donald Trump ha propagandato i benefici di un cocktail di farmaci. Peter Alexander della NBC News ha chiesto al presidente: "È possibile che il Suo impulso a dare una svolta positiva alle cose possa dare agli americani un falso senso di speranza?" Il 25 marzo, un titolo del Washington Post recitava: "Trump sta dando alla gente falsa speranza di cure per il coronavirus" (Snyder, 2020). In un'intervista del 25 marzo, il sindaco di Los Angeles Eric Garcetti ha avvertito: "Dare alle persone false speranze distruggerà il loro spirito e ucciderà più persone" (Mazza, 2020). Da Ginevra, in Svizzera, il direttore esecutivo del

Le esigenze di validazione e ispirazione sono vanificate dal sostegno inadeguato dei lavoratori in prima linea e dalle risposte "anemiche" di leader mondiali di alto profilo. Un rapporto delle Nazioni Unite sugli operatori sanitari in 191 paesi ha riportato: superlavoro, mancanza di PPE, tassi di infezione più alti del previsto e crescenti problemi di salute mentale (ONU, 2020)

La speranza può essere definita da un sostantivo o da un verbo. Come sostantivo, la speranza è un tratto caratteriale, una forza. Un individuo o è hopeful (speranzoso) o è hopeless (senza speranza). Come verbo, la speranza indica un processo emotivo che emerge in tempi di difficoltà o incertezza

Programma di Emergenza Sanitaria dell'OMS, ha dichiarato: "Dire sì, che il virus scomparirà come l'influenza, significa dare una falsa speranza!" (Lovelace & Higgins-Dunn, 2020).

Che cos'è la speranza?

Il mio approccio integrativo alla speranza incorpora quattro bisogni umani fondamentali: attaccamento, sopravvivenza, padronanza e spiritualità. I primi tre sembrano ovvi. Perché includo la spiritualità? Il bisogno umano di fiducia e connessione (attaccamento), di liberazione e sicurezza (sopravvivenza), di ispirazione e validazione (padronanza), sarà sempre maggiore di quanto la vita umana possa offrire. Per ridurre il divario tra risorse e necessità, l'umanità ricorre a varie forme di spiritualità, a volte religiose ma non sempre, per ottenere un ulteriore senso di presenza, salvezza o empowerment.

Possiamo allargare ulteriormente la nostra prospettiva prendendo in considerazione due forme di speranza familiari a tutti, dagli accademici al fruitore occasionale della psicologia popolare. La speranza può essere definita da un sostantivo o da un verbo. Come sostantivo, la speranza è un tratto caratteriale, una forza. Un individuo o è hopeful (speranzoso) o è hopeless (senza speranza). Come verbo, la speranza indica un processo emotivo che emerge in tempi di difficoltà o incertezza. La psicologa Magda Arnold (1960), nella tradizione di Tommaso d'Aquino, ha definito la speranza una "emozione contendente", evocata da minacce o ostacoli.

Mille anni fa, nella lingua inglese, queste due prospettive sono già delineate; la speranza è "un'isola nel mezzo di una terra desolata" (speranza) o "un trampolino di lancio verso un punto più elevato" (aspettativa).

La speranza: ancora la migliore medicina

Potremmo dover aspettare da tre a sei mesi prima che gli antivirali COVID-19 efficaci si materializzino, diciotto mesi prima che un vaccino possa essere ampiamente distribuito con una certa sicurezza. Non abbiamo una risposta definitiva al fatto che una singola contrazione del virus conferisca l'immunità a vita. Le linee guida sul distanziamento sociale potrebbero essere estese fino al 2021. Il virus potrebbe non scomparire mai.

Tuttavia, la stragrande maggioranza della popolazione sopravviverà. Possediamo un sistema immunitario. Possiamo proteggerci. Ci sono professionisti straordinari in tutto il mondo, che stanno lavorando ai trattamenti. Sono iniziati almeno 20 studi diversi sui vaccini. Non siamo nel Medioevo, quando la morte nera spazzò via quasi la metà della popolazione europea.

La speranza è la migliore medicina perché consente di valutare informazioni, realtà e possibilità sia positive che negative. In un articolo classico su stress e coping, la psicologa Susan Folkman (2010) ha suggerito che la speranza può funzionare come forza fondamentale per aiutare il processo (di aspettativa, auspicio) quando sorgono sfide. Questo ha un senso intuitivo. Tuttavia, per motivi pratici, potremmo separare l'isola dal trampolino di lancio e considerare i modi in cui ogni forma di speranza possa essere rafforzata in maniera indipendente. Se mi venisse chiesto di offrire un'analogia medica per queste due forme di speranza, paragonerei la *hopefulness* (speranza, fiducia) con il sistema immunitario e *hoping* (aspettativa, auspicio) con una serie di abitudini salutari. Entrambe sono importanti. Inizierò con la *hopefulness* (speranza, fiducia).

Un'isola nel mezzo di una terra desolata

Lo sviluppo della speranza è l'equivalente emotivo di un vaccino che conferisce immunità "ad ampio spettro". Questo è il modo in cui descrivo un recente studio realizzato nel nostro laboratorio sulla speranza, finanziato da una sovvenzione NIH, per offrire seminari sulla costruzione della speranza nei giovani, per proteggerli contro la depressione, l'ansia, la carenza di rispetto di sé e l'isolamento sociale. L'allusione al legame tra la speranza e l'"immunità" non è meramente poetica. La

letteratura mente-corpo rivela innumerevoli studi empirici, che collegano ciascuno dei quattro elementi della speranza (attaccamento attraverso la spiritualità) alla salute e alla guarigione.

Indipendentemente dalle circostanze, è possibile diventare un individuo più fiducioso. Iniziate oggi a esaminare le vostre attuali capacità (o deficit) nei settori dell'attaccamento, della sopravvivenza, della padronanza e della spiritualità. La professione medica suggerisce una varietà di auto-esami regolari per uomini e donne. Ecco il mio per la speranza (con i componenti essenziali della speranza tra parentesi).

Un' isola dell'auto-esame

L'attaccamento (apertura, fiducia, connessione): i rapporti di fiducia sono fondamentali per la speranza. Secondo Erik Erikson (1950), il primo compito della vita è quello di sviluppare la fiducia in presenza di un universo prevedibile e benigno. Il risultato positivo di questa sfida si tradurrebbe in un generale senso di speranza. Il filosofo Gabriel Marcel (1962) considerava la fiducia e l'apertura come i frutti e gli impegni della speranza fondamentale. Di chi ti fidi? Con quanta libertà puoi aprirti con quelli a te più vicini? Quanto spesso ti senti costretto a reprimere i tuoi veri sentimenti, a limitare i tuoi contatti, a scivolare nella deviazione per evitare conflitti?

La sopravvivenza (sorveglianza della realtà e costruzione della realtà): il teologo William Lynch (1965) osservò che "la speranza più aumenta, più deve immergersi in profondità nei fatti" (p. 200). Franklin Shontz e Beatrice Wright (1968) hanno coniato il termine "sorveglianza della realtà" per descrivere le strategie concrete e specifiche impiegate dai genitori di bambini affetti da malattie potenzialmente letali. La vera speranza richiede la raccolta di dati e creatività. La negazione o la falsa speranza sono prive di accertamento dei fatti. Il cinismo manca di immaginazione. Chiedilo a te stesso. Riesci a spostarti avanti e indietro, tra il rilevamento dati e il sogno? Riesci a trovare un modo per fondere realtà e fantasia e ridurre la distanza tra il tuo zenith e l'orizzonte?

La padronanza (validazione e ispirazione): la padronanza di speranza non implica un obiettivo specifico o aspettative fisse su un risultato particolare. La vera speranza deriva da un senso generale di competenza, una o più fonti esterne di ispirazione e potenziamento dei complessi sé-altri (identità legate). Alcuni di questi concetti furono anticipati dallo psicologo e psicoanalista del Sé, Heinz Kohut. Chi ti ha dato sostegno da bambino? Su chi ti affidi per rispecchiare i tuoi punti di forza? Chi sono i tuoi eroi? Cosa definisci "grande e buono" e che cosa (o chi) è alla base di tale ispirazione?

La spiritualità: (sacro: presenza, certezza o empowerment). La fede è essenziale per la speranza. Per fede intendo "centri di valore", un concetto sviluppato dallo psicologo James Fowler (1995). La fede può basarsi sulla religione, può essere religiosa e spirituale, oppure spirituale ma non religiosa. Quale dei seguenti centri di valore si addice a te (seleziona solo quelli che si applicano a te): Dio, un potere superiore non specifico, natura, umanità, arte, scienza, tecnologia? Quali dei seguenti tipi spirituali descrivono il tuo modo di essere nel mondo (seleziona solo quelli che si applicano a te): *un seguace che desidera la struttura, un indipendente in cerca di controllo, un collaboratore, un mistico che brama connessione, un riformatore dedito alla giustizia sociale, un sofferente in cerca di guarigione?*

Un trampolino di lancio per un'elevazione maggiore

Il processo della speranza può essere paragonato alle abitudini salutari progettate per la cura di sé. La metafora "trampolino di lancio" riguarda tutti e quattro gli elementi di speranza, poiché ciascuno può impartire un senso di elevazione, un salto emotivo verso l'alto.

Sperando nell'Attaccamento

La speranza è alimentata dalla fiducia e richiede un certo livello di apertura. Non puoi consentire che il distanziamento sociale porti al distanziamento emotivo. La

*Se mi venisse chiesto di offrire un'analogia medica per queste due forme di speranza, paragonerei la **hopefulness (speranza, fiducia) con il sistema immunitario e hoping (aspettativa, auspicio) con una serie di abitudini salutari. Entrambe sono importanti. Inizierò con la hopefulness (speranza, fiducia).***

Wright e Shontz (1968) hanno elencato una serie di strategie concrete progettate per facilitare il processo verso la speranza. Quattro compiti sembrano facilmente trasferibili all'attuale pandemia: intraprendere azioni responsabili (autoesplicative), riflettere sulle risorse personali (età, salute, esperienza di vita, supporto sociale, ecc.), riporre fiducia nelle forze della crescita (il potere della maturazione) e apprezzare le condizioni ambientali favorevoli (clima più caldo, nuovi luoghi di testing, ecc.)

speranza in un silo muore. Sviluppa un elenco di persone di cui ti fidi profondamente e pianifica di contattarli. Tuttavia, prima di parlare, chattare, inviare messaggi, ecc., considera sia i tuoi valori coincidenti sia le aree in cui potresti non essere completamente d'accordo. Dirigersi verso un terreno comune. In *Hope in the age of anxiety* (Scioli & Biller, 2009) elenco le qualità di chi fornisce buone speranze. Cerca questi individui e stai alla larga dagli "assassini dei sogni". Coloro che in misura maggiore diffondono speranza dimostrano: *disponibilità, presenza e capacità di stabilire un contatto*. Si rendono disponibili fornendo accesso, rendendosi affidabili e anticipando i tuoi bisogni. Sono presenti perché si concentrano, offrono uno spazio sicuro e irradiano autenticità. Si mettono in contatto immergendosi pienamente nell'esperienza di connessione, dimostrando chiarezza di intenzioni e offrendo continuità sotto forma di rituali preziosi.

Sperando nella Sopravvivenza

La sorveglianza della realtà e la costruzione della realtà sono processi correlati. Una ricerca recente su percorsi mentali nel tempo orientati al futuro evidenzia l'importante ruolo della memoria e delle esperienze passate nel generare immagini dei giorni a venire. Coloro che praticano una maggiore consapevolezza mentale, come descritto da Ellen Langer (2002), sono meglio attrezzati per modellare 'paesaggi' futuri più flessibili e creativi. Il coraggio è un prerequisito sotto-stimato per la sorveglianza della realtà. Molte persone limitano la loro assunzione di informazioni ai media tendenti a sinistra o tendenti a destra, che si allineano a credenze o atteggiamenti di lunga data. In effetti, hanno scelto una visione "unidimensionale" del mondo. Con coraggio, potrebbero avventurarsi a guardare una volta attraverso il lato sinistro, un'altra volta attraverso il lato destro e, come il sistema visivo umano binoculare, potrebbero emergere con una prospettiva più profonda.

Nel loro studio classico sui bambini con malattie potenzialmente letali, Wright e Shontz (1968) hanno elencato una serie di strategie concrete progettate per facilitare il processo verso la speranza. Quattro compiti sembrano facilmente trasferibili all'attuale pandemia: intraprendere azioni responsabili (autoesplicative), riflettere sulle risorse personali (età, salute, esperienza di vita, supporto sociale, ecc.), riporre fiducia nelle forze della crescita (il potere della maturazione) e apprezzare le condizioni ambientali favorevoli (clima più caldo, nuovi luoghi di testing, ecc.).

Sperando nella Padronanza

Il mirroring e l'idealizzazione non sono mie idee. Hanno avuto origine con Heinz Kohut (1970). Tuttavia, dopo aver studiato la speranza per tre decenni, devo ancora trovare un modo migliore per catturare la qualità della padronanza di speranza. Passando dalla speranza alle aspettative, il primo compito è quello di garantire la validazione, il secondo è quello di raccogliere l'ispirazione. Un modo per organizzare il tuo pensiero riguardo al processo di validazione è usare molte delle categorie proposte da Gordon Allport (1955) per definire la natura multiforme dell'immagine di sé. Mi piacciono questi sei: il sé corporeo, il raggiungimento del sé, il sé esteso (possedimenti e preoccupazioni), il sé pubblico, il sé di fronte e il sé che si sforza (scopi e obiettivi a lungo termine). Puoi utilizzare questo elenco per riflettere sulle tue risorse, oppure puoi creare una matrice e allineare ogni autocostruzione con un individuo particolare per contattare chi può rispecchiare (convalidare) questa parte di te. Questo esercizio può aiutare a compensare le infinite riflessioni sulla vulnerabilità personale al COVID-19. Sei qualcosa di più di un sistema immunitario diffidente che si nasconde da un nemico invisibile.

L'ispirazione può provenire da molte fonti. La storia è un luogo naturale in cui cercare storie di coraggio e determinazione. Se preferisci un esercizio strutturato, crea un elenco dei seguenti personaggi (che rappresentano diversi punti di forza): il venditore persuasivo, l'autore di libri intelligenti, l'intrattenitore, l'esploratore, il lavoratore, l'artista, il collaboratore. Seleziona tre personaggi con cui ti identifichi in termini di punti di forza e passioni. Chi ha rispecchiato queste abilità in te nel passato? Ora identifica tre modelli di ruolo che ritieni stimolanti, prendendo in considerazione uno dei sette personaggi. Infine, scrivi tre paragrafi, uno per ciascun

modello, descrivendo come potresti trasformare il loro esempio (ad esempio, etica del lavoro, creatività, umiltà) in lezioni più ampie per elevare ulteriormente i tuoi impegni e le tue azioni.

Sperando nella Spiritualità

La mia pratica spirituale preferita è organizzata attorno ad attività separate del cervello sinistro e del cervello destro per ciascuno dei sei tipi spirituali descritti nella sezione precedente. Per diversi gruppi di clienti, ho replicato sette volte questa tabella due-per-sei, offrendo una versione per ciascuna delle principali religioni mondiali. Puoi creare il tuo esercizio. Identifica il tuo tipo spirituale (indipendente, mistico, sofferente, ecc.) e concentrati sul tuo sistema religioso (cristiano, ebreo, musulmano, nativo americano, indù, ecc.). Se non sei religioso, cosa significa "spiritualità" per te? È radicato nella scienza, nella natura o nell'arte? Su un pezzo di carta, disegna una tabella con tre file e tre colonne. Ad esempio, sei un mistico ma non religioso, e la "natura" si trova nel tuo centro spirituale. Da sinistra a destra nella riga superiore, scrivi: Cervello Sinistro, Cervello Destro 1 e Cervello Destro 2. Nella seconda fila, da sinistra a destra, scrivi: lettura, musica e immersione. Per completare la terza fila, da sinistra a destra, dovrai fare alcune ricerche. Trova passaggi da leggere in linea con il tuo centro spirituale e il tuo tipo spirituale (Cervello Sinistro), quindi trova un brano musicale adatto al tuo tipo e forma di spiritualità (Cervello Destro 1). Infine, pianifica un'esperienza di immersione, reale o virtuale (Right Brain 2). Ad esempio, se hai selezionato la natura, pianifica una passeggiata o un giro in bicicletta o usa il telefono, il computer o la televisione per immergerti in una foresta, un'esperienza sul lago o una spedizione in montagna.

Speranza e leadership

Napoleone dichiarò che un leader è un commerciante della speranza. John W. Gardner (1990), ex segretario alla salute, istruzione e welfare degli Stati Uniti, ha punteggiato il suo lavoro principale, *On leadership*, con questa semplice frase: "Il primo e ultimo compito di un leader è mantenere viva la speranza". Per diversi anni ho studiato la speranza manifestata nei discorsi dei presidenti americani. Un distinto "profilo di speranza" viene generato quando l'evidenza storica è combinata con un sistema affidabile di analisi del contenuto del discorso. Alcuni presidenti sono stati particolarmente efficaci nel promuovere l'attaccamento o la speranza di padronanza, mentre altri hanno eccelso nel promuovere la sopravvivenza o la speranza spirituale. Adottando una lente più ampia, ho riportato di seguito il mio breve elenco dei quattro maggiori "fornitori di speranza" degli ultimi cento anni.

Nelson Mandela. I grandi leader unificano (speranza di attaccamento: fiducia e connessione). Nelson Mandela ha trascorso 27 anni in prigione. Durante la sua prigionia morirono sia la madre che il figlio maggiore. Non gli è stato permesso di assistere ai loro funerali (Mandela, 1995). Nonostante il duro trattamento e l'isolamento, Mandela, da presidente, ha incoraggiato l'unità e la costruzione della pace. "Ho visto la mia missione come quella di predicare la riconciliazione, di ricucire le ferite del paese, di generare fiducia... tutti i sudafricani ora devono unirsi e unire le mani... siamo un paese, una nazione, un popolo" (Mandela, 1995, pp. 619-620). Quando un leader nero molto popolare è stato ucciso da un immigrato bianco, Mandela ha chiesto ai sudafricani di "stare insieme", per notare che era "una donna bianca... che ha rischiato la vita in modo che potessimo conoscere e consegnare alla giustizia questo assassino". Nel 1995, Mandela "visitò la vedova dell'uomo che era stato il principale architetto del regime dell'apartheid... Si rallegrò quando la squadra nazionale di rugby vinse il campionato del mondo anche se questa squadra era stata un simbolo del razzismo e del potere afrikaner per decenni" (Hogg, 2013).

Winston Churchill. I grandi leader trasferiscono il potere (padronanza della speranza: convalida e ispirazione). Winston Churchill ha subito una serie di battute d'arresto politiche nella sua carriera. Tuttavia, per un periodo di cinque anni durante la seconda guerra mondiale, nessun leader del 20° secolo ha fornito una maggiore convalida o ispirazione nazionale. Alzando costantemente la mano destra per fare il segno "V" per la vittoria, Churchill era noto per il suo "spirito bulldog" che si

L'ispirazione può provenire da molte fonti. La storia è un luogo naturale in cui cercare storie di coraggio e determinazione. Se preferisci un esercizio strutturato, crea un elenco dei seguenti personaggi (che rappresentano diversi punti di forza): il venditore persuasivo, l'autore di libri intelligenti, l'intrattenitore, l'esploratore, il lavoratore, l'artista, il collaboratore. Seleziona tre personaggi con cui ti identifichi in termini di punti di forza e passioni. Chi ha rispecchiato queste abilità in te nel passato?

I grandi leader unificano (speranza di attaccamento: fiducia e connessione). Nelson Mandela ha trascorso 27 anni in prigione. Durante la sua prigionia morirono sia la madre che il figlio maggiore. Non gli è stato permesso di assistere ai loro funerali (Mandela, 1995). Nonostante il duro trattamento e l'isolamento, Mandela, da presidente, ha incoraggiato l'unità e la costruzione della pace

rifiutava di accettare la sconfitta. In poco più di un mese, ha consegnato tre classici dell'ispirazione, "sangue, fatica, lacrime e sudore", "questa era la loro ora più bella" e "dovremo combattere sulle spiagge". Per quanto riguarda il terzo discorso, il romanziere britannico Vita Sackville-West ha osservato "...mi ha fatto venire i brividi lungo la schiena... si sente l'intero massiccio sostegno del potere e la risolutezza dietro di essi" (Gilbert, 1991, p. 656).

Franklin Delano Roosevelt (FDR). I fornitori di speranza sono idealisti senza illusioni (speranza di sopravvivenza: costruzione della realtà e sorveglianza della realtà). FDR liberò l'America dalla Grande Depressione e aiutò a sconfiggere le potenze dell'Asse durante la Seconda Guerra Mondiale. Roosevelt scatenò la nazione con il suo primo discorso inaugurale. "...l'unica cosa di cui dobbiamo avere paura è la paura stessa", "...la nostra angoscia non deriva da un fallimento sostanziale... l'abbondanza è a portata di mano" (Avalon.law.yale.edu). Jonathan Alter (Alter, 2007) ha soprannominato i primi cento giorni di FDR, un "trionfo della speranza". La psicologa Susan Folkman (2010) ha osservato che la speranza, diversamente dall'ottimismo cieco o dal pessimismo, è progettata unicamente per affrontare il negativo e il positivo, il reale e il possibile. Scrive Alter (2007), "Una promessa che Roosevelt non ha mai osato fare... è stata 'ripristinare la fiducia', ...avrebbe dovuto riportare la speranza in un modo che dava senso alle banalità" (Alter, 2007, p. 132). Nel suo discorso inaugurale FDR ha osservato che "solo uno sciocco ottimista può negare l'oscura realtà del momento" (Avalon.law.yale.edu). Il suo "New Deal" includeva un massiccio piano di costruzione di infrastrutture, riforme bancarie, diritti di contrattazione collettiva per i sindacati e sicurezza sociale.

Mahatma Gandhi. I grandi leader invocano poteri superiori (speranza spirituale: attaccamento trascendente, sopravvivenza, padronanza). Gandhi comprese il massiccio ed eterogeneo 'paesaggio' del suo paese, con 350 milioni di abitanti e 700.000 villaggi. Ha costantemente cercato parole e azioni che potrebbero favorire un maggiore senso di appartenenza. "Realizzare Dio è vederlo in tutto ciò che vive... realizzare la nostra unità" (Jayabalan, 2020). Gandhi ha digiunato, conquistando "il cuore non solo del suo popolo ma anche di molti in tutto il mondo" (Shah, 2020). Ha incoraggiato il Khadi, la pratica indiana di filare e tessere, un modo per creare un ponte che collegasse tutti gli indiani (Rao, 2017). La liberazione è implicita nella speranza. Le catene sono un simbolo di disperazione. Una volta iniziata la seconda guerra mondiale, Gandhi mise in evidenza la più grande incoerenza spirituale della Gran Bretagna: combattere una guerra per la libertà mentre soggiogava l'India. Nel suo famoso discorso "Abbandona l'India" (ovvero il discorso "Do or Die"), Gandhi ha chiesto alla nazione di impegnarsi pienamente nella lotta per l'indipendenza. Ha ripetutamente citato un serbatoio spirituale di poteri superiori, punteggiato da riferimenti a "l'arma di Ahimsa" (progresso non violento) e al "nostro silenzioso, incessante Sadhana" (esercizi di progressione spirituale) (mkgandhi.org).

Reclutando la speranza: bypassare il genitore inadeguato

In *Resilient adults*, Gina O'Connell Higgins (1994) descrive dettagliatamente il suo studio su individui che prosperavano nonostante le terribili circostanze dell'infanzia. In due capitoli su "loci of hope", Higgins descrive una varietà di strategie di reclutamento di cure impiegate dai bambini, progettate per compensare l'abbandono o l'abuso dei genitori, che hanno trasformato la "sottile maternità surrogata" in "porti sicuri". La breve storia di COVID-19 suggerisce che potrebbe essere necessaria un'analoga meta-strategia per favorire la speranza su una scala di massa; bypassare i leader che sono l'archetipo equivalente di un genitore inadeguato.

Di seguito sono elencate nove strategie per reclutare la speranza. Molte di queste strategie sono già in uso. Tuttavia, sono sparse in tutto il mondo. Questo elenco non è esaustivo. Una maggiore speranza verrà da ulteriore creatività e immaginazione. Associa ogni strategia a una metafora e a una citazione. I filosofi della mente suggeriscono che le metafore delle emozioni si sono evolute per articolare il "sentire" di stati emozionali altrimenti inesplicabili. Per coloro che cercano di allargare il loro repertorio di speranza, le metafore possono svolgere una funzione di orientamento. Wiitala e Dansereau (2004) hanno dimostrato il valore di aggiungere citazioni agli esercizi di scrittura standard per contrastare il "pensiero a circuito chiuso" introducendo nuove immagini nella consapevolezza. Wittgenstein (1953)

ha sottolineato il potere delle immagini mentali per guidare l' 'essere' e il 'vedere'. Spero che vengano messe in atto strategie sufficienti per affrontare tutti e nove gli elementi della speranza, premendo pertanto l'interruttore per completare un circuito di luce in questo tempo di oscurità.

Il reclutamento della speranza di attaccamento

1. Fiducia e apertura.

Metafora orientativa: la speranza è un punto di aggancio; un'ancora (Olsman et al. 2014).

Citazione guida: "La speranza è fede che tende la mano nell'oscurità" (George Iles, 1918, p. 167).

Strategia: agire a livello globale. L'Organizzazione Mondiale della Salute rimane la migliore speranza per schierare le risposte correlate alle crisi sanitarie globali. I lettori potrebbero trovare un modo per supportare l'OMS che sia coerente con i loro interessi e capacità. L'OMS ha lanciato un Fondo di risposta alla solidarietà COVID-19 (<https://covid19responsefund.org>). Per coloro che hanno particolari interessi nella salute mentale, l'OMS ha un dipartimento di salute mentale e uso di sostanze. L'attuale direttore è la dott.ssa Michelle Funk (funkm@who.int).

2. Connessione.

Metafora orientativa: la speranza è comunione (Hammer, Hall e Mogensen, 2013).

Citazione guida: "Nelle mani unite c'è ancora qualche segno di speranza, nel pugno stretto nessuno" (Victor Hugo, 1896, p. 275).

Strategia: coinvolgere gli altri. AgeLab del Massachusetts Institute of Technology è nato nel 1999 per favorire una sana longevità attraverso lo sviluppo di idee e tecnologia. AgeLab sta generando rapporti su come COVID-19 influisce sulla connessione sociale e offre prospettive sul virus da parte di americani di diverse generazioni. Questo articolo del ricercatore di AgeLab Taylor Patskanick delinea una serie di modi per promuovere le connessioni sociali attraverso le generazioni durante una pandemia: <http://news.mit.edu/2020/connecting-across-generations-during-a-time-of-social-distancing-0331>.

Il reclutamento della speranza di sopravvivenza

3. Sorveglianza della realtà.

Metafora orientativa: La speranza è un ponte (Breznitz, 1986).

Citazione guida: Florence Nightingale è stata chiamata "la signora con la lampada".

È considerata una fondatrice dell'assistenza infermieristica moderna che ha sottolineato il controllo delle infezioni, la cura di sé e le riforme della salute pubblica. Secondo Francis Galton (citato in Pearson, 1924, p. 415), Nightingale credeva che le statistiche fornissero il codice per "comprendere i pensieri di Dio... poiché questi sono la misura del Suo scopo". Ecco un altro classico di Nightingale. "L'umanità deve fare il paradiso prima di "andare in paradiso" (McDonald, 2006, p. 16).

Strategia: considera la fonte. Con questa nuova e mortale malattia, non puoi permetterti di indulgere in "notizie false". *The Conversation* è un sito di notizie online indipendente e senza scopo di lucro. È stato fondato in Australia e ampliato negli Stati Uniti, nel Regno Unito, in Sudafrica e in Francia. Gli articoli sono scritti da accademici e ricercatori. Ecco il link ai loro articoli su Covid-19: <https://theconversation.com/us/covid-19>.

4. Costruzione della realtà.

Metafora orientativa: la speranza prende il volo; la speranza cresce (Averill et al. 1990).

Citazione guida. In Riccardo III (5.2.25-26), il Conte di Richmond organizza una ribellione contro il re megalomane. Walter Herbert teme che gli uomini del re si uniranno alla battaglia. James Blunt risponde: "Non ha amici se non quelli che hanno troppa paura di sfidarlo". Il Conte prevede una strada per la vittoria e afferma quanto segue: "La vera speranza è rapida e vola con le ali di rondine"

Gandhi comprese il massiccio ed eterogeneo 'paesaggio' del suo paese, con 350 milioni di abitanti e 700.000 villaggi. Ha costantemente cercato parole e azioni che potrebbero favorire un maggiore senso di appartenenza. "Realizzare Dio è vederlo in tutto ciò che vive... realizzare la nostra unità"

Spero che vengano messe in atto strategie sufficienti per affrontare tutti e nove gli elementi della speranza:

1. *Fiducia e apertura*
2. *Connessione*
3. *Sorveglianza della realtà*
4. *Costruzione della realtà*
5. *Convalida*
6. *Ispirazione*
7. *Presenza spirituale*
8. *Sicurezza spirituale*
9. *Potenziamento spirituale*

(Shakespeare: Mowat & Werstine, 2018, p. 271).

Strategia: seguire chi dà speranza. Durante una conferenza stampa a John F. Kennedy è stato chiesto di commentare un sondaggio secondo cui molti americani avevano resistito al suo invito a porre fine alla segregazione. Nel contesto di COVID-19, la risposta di Kennedy assume un'importanza speciale. Nel fare la distinzione tra l'osservazione del sondaggio e la leadership, ha sottolineato: "... non è una questione su cui è possibile misurare la temperatura ogni settimana o due settimane o tre settimane" (JFKlibrary.org). Tra i leader globali, coloro che hanno reagito nel peggior modo alla pandemia hanno manifestato ottimismo cieco e limitate capacità di costruzione della realtà. Bolsanaro (Brasile), Johnson (Regno Unito), Lukashenko (Bielorussia) e Trump (Stati Uniti) sono i nuovi "quattro cavalieri dell'apocalisse". Al contrario, il primo ministro neozelandese Jacinda Ardern, è riuscita a creare messaggi di vera speranza che riconoscono le insidie e allo stesso tempo le misure giuste da adottare. Uno dei suoi concetti preferiti è la "bolla" personale-sociale-lavorativa. Come notato in un recente editoriale, 'la Arden tende a non riferirsi al coronavirus come a un 'nemico' o ai suoi concittadini come 'soldati'. Parla invece di una "squadra di 5 milioni", la popolazione della sua nazione. Quando le è stato chiesto se avesse paura del virus, ha risposto: "No. Perché abbiamo un piano" (Christian Science Monitor, 2020).

Il reclutamento della speranza della padronanza

5. Convalida.

Metafora orientativa: la speranza è calore e passione (Averill, Catlin e Chon, 1990). Citazione guida: la citazione seguente è di Albert Camus, premio Nobel per la letteratura nel 1957. Tra le sue opere c'è *The plague*, un'opera classica del 1947. "Nel mezzo dell'inverno, ho scoperto che c'era in me un'estate invincibile" (Albert Camus in Thody, 1968, p. 169).

Strategia: essere una musa ispiratrice per coloro che lavorano in prima linea. Nella comunità di Bayside a New York, ogni sera alle 19:00, le persone escono di casa per applaudire e cantare per i lavoratori in prima linea. Battono pentole, suonano campane e spesso finiscono con una canzone con messaggi di speranza come "New York, New York" o "Lean on Me" (Mohamed, 2020).

6. Ispirazione.

Nell'accettare il Premio Nobel per la letteratura nel 1949, William Faulkner dichiarò: "il dovere dello scrittore... [è] aiutare l'umanità a resistere sollevando il cuore, ricordando all'umanità il coraggio, l'onore e la speranza..." (<https://nobelprize.org>).

Metafora orientativa: la speranza è luce (Averill et al. 1990).

Citazione guida: Albert Schweitzer ha ricevuto il premio Nobel per la Pace nel 1953. Per molti anni ha gestito un ospedale in Africa. Ha usato il premio Nobel di 33.000\$ per ingrandire il suo ospedale e costruire un sanatorio per coloro affetti da lebbra. "Spesso, anche la nostra luce si spegne, e viene riaccesa... da qualche esperienza che viviamo attraverso un altro essere umano... che ha acceso le fiamme dentro di noi" (Schweitzer, 1997, p. 68).

Strategia: sostenere la biblioterapia. La libreria GleeBooks a Sydney, in Australia, ha consegnato libri in bicicletta a coloro che non erano in grado o non volevano lasciare la propria casa (Hsu e Redmayne, 2020). A Gaza, Osame Fayyad ha creato una squadra che sterilizza i libri (risorse altrimenti "intrappolate" nelle biblioteche), per poi consegnarli ai giovani, anche usando le biciclette (Middle East Monitor, 2020).

Il reclutamento della speranza spirituale

La mia ricerca sui tipi di speranza espressi nelle religioni del mondo (Scioli & Biller, 2009) suggerisce che alcuni sistemi di fede sono più propensi a evidenziare le preoccupazioni relative all'attaccamento, mentre altri sottolineano maggiormente la padronanza o le questioni di sopravvivenza (Attaccamento: Giudeo-cristiano; Salvezza: buddismo; Maestria: induismo).

7. Presenza spirituale.

Metafora orientativa: la speranza è una corda (ebraico "Tikvah"; Giosuè 2:17 - 21, in Senior et al. 2011, p. 270).

Citazione guida: "Due corde sono meglio di una... Se una delle due si rompe, una può aiutare l'altra... un cordone di tre corde non è facilmente spezzabile" (Ecclesiaste 4: 9-12; Senior et al. 2011, p. 883).

Strategia: onora i tuoi debiti spirituali. Nel 1847, durante la grande carestia delle patate, una tribù di nativi americani inviò denaro in Irlanda per aiutare le famiglie affamate. Nel maggio del 2020, la Navajo Nation ha registrato il più alto tasso pro capite di casi COVID-19 negli Stati Uniti. Ricordando il dono di 173 anni prima, i cittadini irlandesi hanno contribuito con quasi il 20% del denaro raccolto tramite una pagina GoFundMe per le famiglie Navajo e Hopi (Haslett, 2020).

8. Sicurezza spirituale.

Metafora orientativa: la speranza è un'area protetta (Breznitz, 1986)

Citazione guida: secondo il sociologo Emile Durkheim (vedi Allan, 2007, p. 82) Il buddhismo è la "grande religione della salvezza". Alla luce delle lotte globali per l'uso della mascherina, la seguente citazione è un correttivo spirituale del Buddha. "Tutti tremano; tutti temono la morte: mettendosi al posto di un altro, non si dovrebbe uccidere né far uccidere un altro" (Dhammapada 129; Fronsdal, 2006, p. 35).

Strategia: predicare l'egoismo illuminato. Nei paesi individualisti l'uso della mascherina è visto principalmente in termini di autoprotezione. Nelle culture asiatiche collettiviste, le mascherine proteggono gli altri. C'è del vero in entrambe le prospettive. In un video della Repubblica Ceca (#masks4All), un'attrice afferma: "Quando entrambi abbiamo le mascherine, io ti proteggo, tu mi proteggi".

9. Potenziamento spirituale.

Due obiettivi principali della fede Indù sono: coltivare l'atman interiore, una fonte di energia interna collegata all'infinito, e discernere il proprio dharma.

Metafora orientativa: la speranza è un'abilità (Breznitz, 1986).

Citazione guida: in Indù, il dharma si riferisce a una particolare forma di dovere morale che sostiene, difende e aiuta l'azione individuale, nonché il più vasto ordine cosmico (rlp.hds.harvard.edu). In Occidente, la definizione più vicina appare in Fear and trembling di Kierkegaard (Hines, 2013), in cui descrive "il cavaliere della fede" come chi persegue una chiamata superiore con grande risolutezza. La seguente citazione è del Ramayana. "Tutto è ottenuto per mezzo del Dharma, poiché il mondo ha il Dharma come sua essenza" (Prasad, 2009, p. 85).

Strategia: fai la tua parte per sostenere il mondo. In Kerala (India), l'efficiente ministra della salute K. K. Shailaja, si è guadagnata il soprannome di "Assassina del Coronavirus" (Spinney, 2020). Ex insegnante e attivista politica, il suo approccio era radicato in un'abile fusione di scienza, abilità politica e spiritualità; un perfetto esempio di dharma in azione. Si è consultata con squadre di esperti sanitari, ha analizzato previsioni epidemiologiche e una quantità infinita di statistiche. Parlando con un gruppo di letteratura femminile, Shailaja ha anche affermato che una serie di poteri superiori erano vicini e cari a lei, tra cui Krishna (amore e compassione), Rama (sostenitore del Dharma) e Gesù.

* Professore di Psicologia Clinica – Dipartimento di Psicologia Keene State College (University System of New Hampshire, US); Ph.D. in Psicologia Clinica; Membro APA

BIBLIOGRAFIA

- Allan, K. (2007). *The social lens: an invitation to social and sociological theory*. Pine Forge Press.
- Allport, G. W. (1955). *Becoming: basic considerations for a psychology of personality*. Yale University Press.
- Alter, J. (2007). *The defining moment: FDR's hundred days and the triumph of hope*. Simon & Schuster.
- Arnold, M. B. (1960). *Emotions and personality*. Columbia University Press.
- Arsenault, C. (2020, May 2). Brazil has the most confirmed COVID-19 cases in Latin America. "So what?"

says President Bolsonaro. CBC. <http://cbc.ca>.

Averill, J. R., Catlin, G., & Chon, K. K. (1990). *Rules of hope*. Springer-Verlag.

Barone, V. (202, April 5). Defiant pastors vow to host Palm Sunday mass during coronavirus pandemic. *New York Post*. <https://nypost.com>.

Beigel J. H., Tomashek, L. E., Dodd, L. E., Mehta, A. K., Zingman, B. S., Kalil, A. C., Hohmann, E., Chu, H. Y., Luetkemeyer, A., Kline, S., Lopez de Castilla, D., Finberg, R. W., Dierberg, K., Tapson, V., Hsieh, L., Patterson, T. F., Paredes, R., Sweeney, D. A., Short, W. R., & Lane, H. C. for the ACTT-1 Study Group Members. (2020). Remdesivir for the treatment of Covid-19 - Preliminary report. *The New England Journal of Medicine*. <https://NEJM.org>.

Bollinger, A. (2020, March 12). Pastor says only “sissies” & “pansies” wash their hands to prevent coronavirus. *LGBT Nation*. <https://lgbtnation.com>.

Breznitz, S. (1986). The effect of hope on coping with stress. In M. H. Appley & Trumbull (Eds.), *Dynamics of stress: physiological, psychological, and social perspectives* (295-307). Plenum.

Capponi, G. (2020, May 18). Overlapping values: religious and scientific conflicts during the COVID-19 crisis in Brazil. *Wiley Online Library*. <https://onlinewiley.com>.

Chappell, B. (2020). U.S. could have saved 36,000 lives if social distancing started 1 week earlier: Study. <https://NPR.npr.org>.

Christian Science Monitor (2020, April 29). The not-so-secret sauce of New Zealand’s success. <https://csmonitor.com>.

Conversation online news. <http://theconversation.com>.

Dharma (meaning). Dharma the social order. Harvard Religious Literacy Project. <https://rlp.hds.harvard.edu>.

Dostoevsky quote. <http://www.wisdomquotes.com/quote/fyodor-dostoyevsky-2.html>.

Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. Norton.

Faulkner, W. (1950). Nobel banquet speech. <https://nobelprize.org>.

Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*, 19 (9), 901-908.

Fowler, J. W. (1995). *Stages of faith: the psychology of human development and the quest for meaning*. Harper & Collins.

Fronsdal, G. (2006). *The Dhammapada*. Shambhala.

Gandhi, M. (Quit India speech). <https://mkgandhi.org>.

Gardner, J. W. (1990). *On leadership*. The free press.

Gilbert, M. (1991). *Churchill: A life*. Henry Holt.

Goethe quote http://m.notable-quotes.com/g/goethe_quotes_ii.html.

Haslett, C. (2020, May 8). Donations flood in from Ireland to Navajo Nation in repayment of centuries-old bond. *ABC News*. <https://abcnews.com>.

Hammer, K., Mogensen, O., & Hall, E. O. C. (2009). The meaning of hope in nursing research: a meta-synthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23 (3), 549-557.

Higgins, G. O. (1994). *Resilient adults: overcoming a cruel past*. Jossey-Bass.

Hines, J. (2013). *The knight of faith*. Spectrum. <https://spectrummagazine.org>.

Hsu, C. & Redmayne, J. (2020, March 24). Coronavirus: books for self-isolation delivered by bicycle from Sydney shop. *Reuters*. <https://Reuters.com>.

Hugo, V. (1896). *The romances of Victor Hugo* (Vol. 5). Little, Brown and Co. (Original work published 1866).

Iles, G. (1918). *Canadian stories*. Knickerbocker Press.

Illing, S. (2020). The most important lesson of the 1918 influenza pandemic: Tell the damn truth. *Vox*. <https://vox.com>.

Kennedy press conference on September 12, 1963 (segregation and temperature). *JFK Library*. <https://jfklibrary.org>.

Kirby, J. (2020, April 28). Jair Bolsonaro undermined Brazil’s coronavirus response. Now there’s a political crisis. *Vox*. <https://vox.com>.

Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. International Universities Press.

Langer, E. (2002). Well-being: mindfulness versus positive evaluation. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 214-230). Oxford University Press.

Lorenz, J. (202, March 30). Case study shows asymptomatic transmission of COVID-19 in China. *ContagionLive*. <https://contagionlive.com>.

Lovelace, B. & Higgins-Dunn, N. (2020, March 6). It’s a ‘false hope’ coronavirus will disappear in the summer like the flu, WHO says. *CNBC*. cnbc.com.

Luther Quote. <https://www.goodreads.com>.

Lynch, W. F. (1965). *Images of hope: imagination as healer of the hopeless*. Helicon Press.

Makhovsky, A. (2020, April 13). Nobody will die from Coronavirus in Belarus, says president. *Reuters*. <http://Reuters.com>.

Mandela, N. (1995). *Long walk to freedom*. Back Bay Books.

Marcel, G. (1962). *Homo Viator: introduction to a metaphysic of hope*. (E. Cauford, Trans.). Harper and Row. (Original work published 1944).

Masks4all (2020, March 27). [Video]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=2_WxtSavZR4.

Mazza, E. (2020, March 27). L.A. Mayor Eric Garcetti has a grim prediction of what Coronavirus will do next. *Huffington Post*. <https://www.washingtonpost.com>.

McDonald, L. (2006). *Florence Nightingale’s theology: Essays, letters and journal notes*. Wilfrid Laurier University Press.

Middle East Monitor (2020, April 14). Gaza’s library goes mobile during coronaviruslockdown. <https://middleeastmonitor.com>.

MIT AgeLab. Agelab.mit.edu.

Mohamed, C. (2020, April 29). Bayside hills claps for essential workers on the front lines of COVID-19 pandemic. *QNS*. <https://qns.com>.

Olsman, E., Duggleby, W., Nikolaichuk, C., Willems, D., Gagnon, J., Kruizinga, R., & Leget, C. (2014). Improving communication on hope in palliative care. A qualitative study of palliative care professionals’ metaphors of hope: grip, source, tune, and vision. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48 (5), 831.

Pearson, K. (1924). *The life, letters, and labours of Francis Galton*. Cambridge University Press.

Prasad, R. (2009). A historical-developmental study of classical Indian philosophy of morals. Concept Publishing.

Roosevelt Inaugural Address. <https://avalon.law.yale.edu>.

Senior, D., Collins, J. J., & Getty, M. A. (2011). The Catholic study bible. Oxford University Press.

Scioli, A. & Biller, H. B. (2009). Hope in the age of anxiety. Oxford University Press.

Schweitzer, A. (1997). *Memoirs of childhood and youth*. K. Bergel & A. R. Bergel, (Trans.). Syracuse University Press.

Shailaja, K. K. (2019, July 15). Have God in my mind, but don't believe prayers will cure dengue. Kalamudi Online. <https://keralakaumudi.com>.

Shakespeare, W. (2018). *Richard III* (B. A. Mowat & P. Werstine, Eds.). Simon and Schuster. (Original work published 1593).

Snyder, J. (2020, March 25). Trump is giving people false hope of coronavirus cures. It's all snake oil. The Washington Post. <https://www.washingtonpost.com>.

Spinney, L. (2020, May 14). The coronavirus slayer! How Kerala's rock star health minister helped save it from Covid-19. The Guardian. <https://theguardian.com>.

Thody, P. (1968). *Albert Camus lyrical and critical essays*. Knopf.

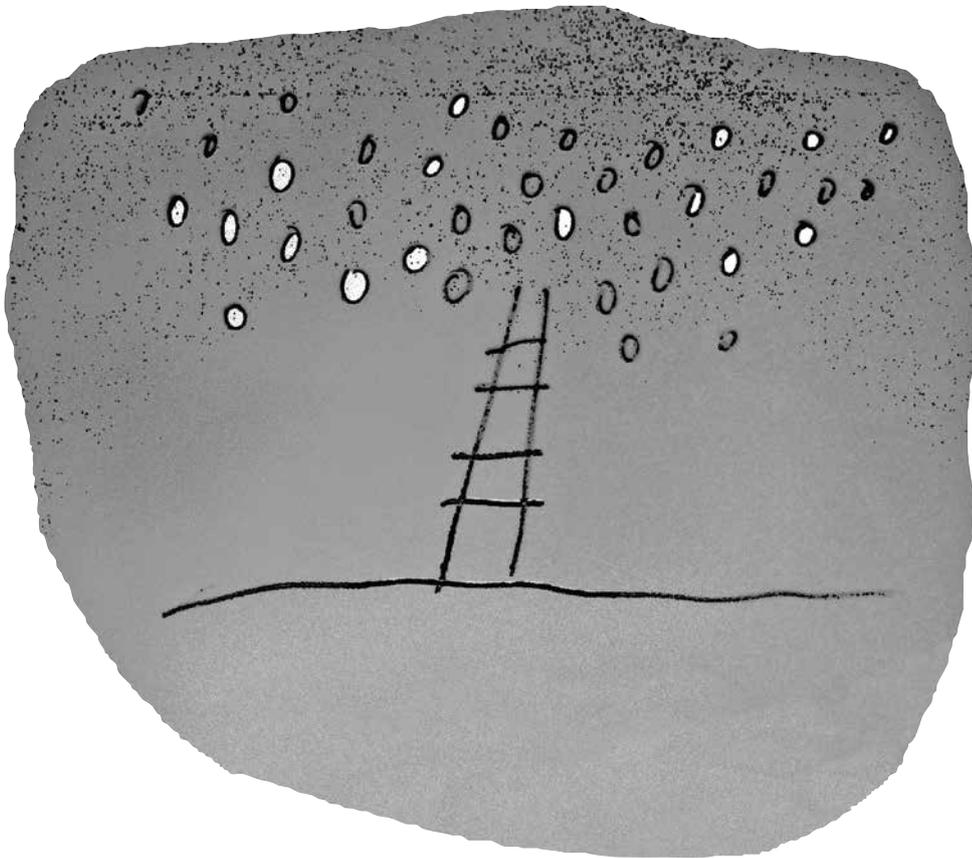
United Nations Report. (2020, April 7). COVID-19 highlight's nurses' vulnerability as backbone to health services worldwide. UN News. <https://news.un.org>.

World Health Organization (2020, May 27). Coronavirus disease (COVID-2019) situation reports. <https://who.int>.

Wiitala, W. L., & Dansereau, D. F. (2004). Using popular quotations to enhance therapeutic writing. *Journal of College Counseling*, 7 (2), 187-191.

Wittgenstein, L. (1953/2009). *Philosophical investigations*. West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.

Wright, B. A., & Shontz, F. (1968). Process and tasks in hoping. *Rehabilitation Literature*, 29 (11), 322-311.



Why hope is a strategy at the time of Covid-19

Due to the Covid pandemic thousands of people have been infected and many have died in countries all over the world. The US has counted... Cases and... Deaths. The infection has also caused internal organs to be severely damaged. The Author speaks of hope attitude and a "model" which can help individuals and communities to better fight the 'enemy'.

KEYWORDS: hope, resilience, strategy, spirituality

La psicologia ospedaliera ieri, oggi, domani

Hospital psychology: yesterday, today, tomorrow

Parlare di psicologia ospedaliera significa ripercorrere la storia relativamente recente della psicologia italiana, che inizia ad avere riconoscimenti e legittimazione con la legge 56 del 1989 istitutiva della professionalità psicologica

DANIELA DE BERARDINIS*, PAOLA DONDI**

PAROLE CHIAVE: corpo, mente, gruppaltà, clinica, organizzazione

Parlare di psicologia ospedaliera significa ripercorrere la storia della psicologia italiana, relativamente recente, che inizia ad avere riconoscimenti e legittimazione con la legge 56 del 1989 istitutiva della professionalità psicologica.

La storia della psicologia italiana ha origine con la scuola di Padre Gemelli e dei suoi allievi milanesi e quella a Torino di Kiesow, allievo di Wundt, che sono state le fondatrici di una "psicologia scientifica" svincolate dall'impostazione filosofica. Per giungere allo statuto di scienza diverrà fondamentale l'apporto della psicologia applicata con le esperienze di Padre Gemelli, Cesare Musatti, De Sarlo e Bonaventura. Essi pongono le basi, dopo l'oscurantismo del ventennio fascista, per la costituzione di una vera e propria Psicologia Clinica in Italia che compare, come dizione, per la prima volta nel 1952 in un Congresso organizzato da Padre Agostino Gemelli.

È soltanto nel 1970 che vengono costituiti i primi corsi di laurea in Psicologia e le esperienze documentate di Psicologia Ospedaliera in Italia risalgono agli anni '80, epoca di costituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

Gli psicologi operano inizialmente in Oncologia, Ostetricia, Pediatria, e progressivamente in Cardiologia preventiva e riabilitativa, nell'area Trapiantologica, nelle Unità Spinali, nelle Terapie Intensive Neonatali e in tutte le grandi aree della Traumaticità e dell'Emergenza.

La ricognizione effettuata in ambito nazionale evidenzia all'oggi il seguente dato: 1238 psicologi dipendenti a tempo pieno, statistica a cura del Ministero della Salute 2013 su dati raccolti nel 2010, senza IRCS e strutture accreditate.

Il Ministero della Salute ha fatto propria la definizione del concetto di Salute così come declinato dall'OMS "La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia o di infermità" (2013-2020).

Questa nuova definizione, per quanto riguarda la psicologia ospedaliera, appare ancora una dichiarazione di intenti piuttosto che un'azione programmatica.

La centralità della figura del medico in ospedale e in tutti i servizi sanitari è indiscussa, tuttavia non è sinonimo di "esclusività". La Salute non è all'oggi competenza esclusiva di nessuna professione e disciplina.

La strada da percorrere per realizzare un effettivo cambiamento favorente l'inclusione della professionalità psicologica nei contesti ospedalieri è ancora lunga. La storia, anche quella relativa alla Salute, non si può arrestare e il riconoscimento della professione quale professione sanitaria, con il conseguente passaggio della "vigilanza" al Ministero della Salute, ha aperto la strada all'inclusione anche degli specialisti psicologi nel contesto ospedaliero.



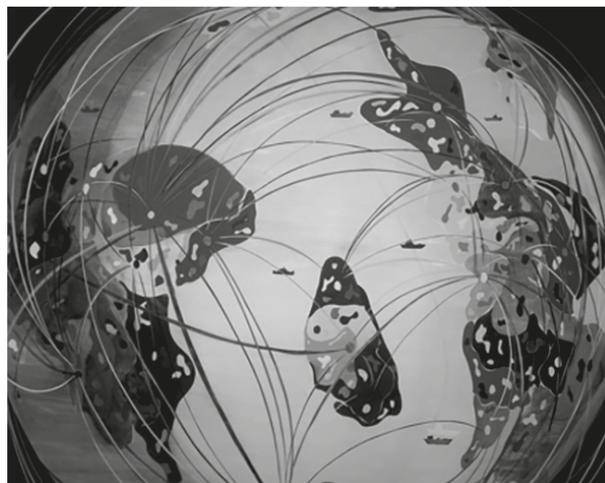
Rafal Olbinski

Parlare oggi di psicologia ospedaliera significa obbligatoriamente parlare dei Livelli Essenziali di Assistenza, LEA, in quanto costituiscono un impegno assunto dagli erogatori delle prestazioni sanitarie, diventando un diritto per i cittadini (Legge N.3/18). Essi, inoltre, favoriscono l'ingresso nel contesto ospedaliero di una cultura promotrice del concetto di salute globale e regolamentano il modello di lavoro rivolto oltre che ai pazienti e ai familiari anche agli operatori sanitari coinvolti nei processi di cura. Si ricorda che si è arrivati a questo fondamentale risultato grazie sia alla mozione portata al tavolo del Ministero dal CNOP che al lungo lavoro portato avanti da AUPI nel corso dei precedenti anni. Ricordiamo l'importanza della richiesta di riconoscimento della psicologia ospedaliera avanzata da AUPI al Ministro della Salute on. Beatrice Lorenzin con la mozione per le seguenti integrazioni: "nel definire il modello organizzativo dei singoli presidi valutati secondo l'intensità di cura devono essere previste le forme idonee di assistenza psicologica per le necessità dei pazienti e caregiver e l'umanizzazione dei contesti ospedalieri e delle cure. Ricordiamo, inoltre, il lungo lavoro di sostegno a riconoscimento dei Requisiti Minimi di Esecuzione (REM) delle prestazioni psicologiche in collaborazione con F.I.S.P (Federazione Italiana Società di Psicologia) e la proposta di aggiornamento del nomenclatore tariffario in ordine all'evoluzione della disciplina Psicologia e Psicoterapia nel SSN. Le evidenze scientifiche e i dati raccolti dall'analisi delle linee guida internazionali confermano il ruolo che la psicologia svolge nei contesti dedicati alla cura delle patologie somatiche. L'aumentata attenzione delle politiche sanitarie agli interventi psicologici risponde oggi a tematiche emergenti: l'umanizzazione, la personalizzazione delle cure ospedaliere, la gestione del dolore e della traumaticità, l'acuzie relazionale in P.S., i trattamenti palliativi end-stage. Tali interventi vengono inclusi nei percorsi di cura e disposti come Servizi alla persona incardinati nella struttura organizzativa ospedaliera, capaci di garantire la continuità assistenziale. Tale continuità rappresenta una condizione basilica per poter lavorare in un'ottica integrativa e non escludere gli aspetti psicologici, affettivi e relazionali dall'intreccio con quelli biologici e somatici, inscindibilmente legati. Negli Ospedali italiani emerge, dunque, la richiesta di professionalità psicologica specialistica in grado di contribuire a perseguire un più ampio e proficuo obiettivo in merito alla Salute: rendere più efficace il lavoro nelle e delle unità operative ospedaliere, evidenziare gli snodi dell'articolazione nell'adozione ed applicazione dei percorsi e delle procedure cliniche, favorire negli operatori le medesime conoscenze dei diversi livelli del proprio contesto di lavoro, nonché aiutare i malati e le loro famiglie con interventi mirati.

L'organizzazione in Psicologia Ospedaliera

I Servizi di Psicologia si configurano come strutture a cui competono, in accordo con le linee programmatiche dell'Azienda, la programmazione, la gestione e la promozione delle attività di competenza; garantiscono attività diagnostica, terapeutica, riabilitativa, e svolgono attività didattiche e formative e di ricerca psicologica in ambito sanitario in collaborazione con le Unità e i Dipartimenti ospedalieri, le Università e gli Enti Esterni convenzionati.

Le Unità/Service di Psicologia includono la visione dell'integrazione della clinica ospedaliera con la clinica dell'organizzazione, del benessere organizzativo e della formazione. È evidente come la complessità esplicitata non si presti a riduzionismi.



Collezione Maramotti,
Reggio-Emilia

Le domande ed i servizi

Se pensiamo alle "domande" di psicologia all'interno dell'ospedale ci troviamo in un'ampia costellazione che va dalla cosiddetta "visita e parere/consulenza" sul singolo paziente, famiglia, caregiver, alla domanda dell'operatore su una specifica interazione operatore-paziente, alla costruzione di un progetto che nasce dalla rilevazione di singoli problemi concreti all'interno dei diversi reparti che fino a quel momento non hanno trovato né adeguata lettura/decodifica, né organizzazione. Tali

Negli Ospedali italiani emerge, dunque, la richiesta di professionalità psicologica specialistica in grado di contribuire a perseguire un più ampio e proficuo obiettivo in merito alla Salute: rendere più efficace il lavoro nelle e delle unità operative ospedaliere, evidenziare gli snodi dell'articolazione nell'adozione ed applicazione dei percorsi e delle procedure cliniche, favorire negli operatori le medesime conoscenze dei diversi livelli del proprio contesto di lavoro, nonché aiutare i malati e le loro famiglie con interventi mirati

quesiti richiedono una riflessione di decodifica della domanda, ad esempio di chi la formula, in quale contesto, con quali aspettative, difficoltà e risorse. Il processo di trasformazione della domanda appartiene ad un percorso che necessita della messa in atto della Funzione psicologica specifica dei gruppi di lavoro costitutivi i Servizi di Psicologia. La specificità professionale è uno strumento imprescindibile per la costruzione di tale percorso. Non è inusuale, ad esempio, che la domanda del medico inviante sul singolo paziente venga riletta, da tutta l'équipe, come richiesta di un iter volto a rivedere i passaggi di cura e le relazioni tra operatori. Pertanto la Funzione psicologica viene esercitata, sia per identificare le risorse da mettere in campo sia per complessualizzare l'intervento in una dimensione multidisciplinare.

L'entrata in vigore di normative quali la legge sulla sicurezza nei luoghi di lavoro e benessere organizzativo, consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento e concertazione di sospensione di cure, sottolineano la rapidità delle trasformazioni culturali in atto.

Gli psicologi ospedalieri che operano trasversalmente definiscono procedure, modalità di accesso, tipologia e obiettivi dei numerosi trattamenti. Inoltre, l'introduzione della pratica basata sulle evidenze, definita nel documento della task force dell'APA *Evidenced-Based Practice in Psychology* (EBPP) come "l'integrazione della miglior ricerca disponibile con la competenza dei clinici nel contesto delle caratteristiche del paziente, della sua cultura e delle sue preferenze" (APA, 2006), ha posto la questione, sempre più scottante, di una programmazione ed una formazione indirizzata a fornire trattamenti in linea con le raccomandazioni nazionali ed internazionali e ad individuare indicatori per verificare il suo impatto sulla pratica clinica e sull'organizzazione. L'orientamento sempre più diffuso a costituire percorsi diagnostici terapeutici assistenziali se da un lato valorizza l'approccio multidisciplinare, dall'altro richiede una ricontestualizzazione dell'approccio prestazionale che include l'intervento psicologico, inscrivendolo nella storia del singolo e della sua traiettoria di vita.

Evoluzione delle procedure psicologiche in ambito ospedaliero

Siamo giunti alla declinazione dei criteri di appropriatezza degli interventi psicologici erogati spesso in contesto multidisciplinare. L'appropriatezza è un concetto multidimensionale e complesso: è la "procedura corretta, per la persona giusta, al momento opportuno e nel setting più adatto". In pratica una cura "può considerarsi appropriata quando sia associata ad un beneficio netto o quando è in grado di massimizzare il beneficio e minimizzare il rischio al quale un paziente va incontro quando accede ad una o più determinate prestazioni (Rodella, Botturi, 2014; Sanmartin et al, 2008). La valutazione degli esiti, dimensione complessa in psicologia ed ancora di più in psicologia della salute ove intervengono numerose variabili nel campo di cura, riveste un aspetto chiave non solo in rapporto a ragioni deontologiche, etiche, professionali, ma anche nella direzione di favorire percorsi aziendali di miglioramento relativi a variabili quali ad esempio l'accessibilità, l'accettabilità, l'efficienza ed i costi. Secondo APA 2013 i dati sugli effetti positivi della psicoterapia sono costanti e duraturi all'interno di un ampio spettro di patologie, in bambini, adulti e anziani, con variazioni legate prevalentemente alla severità della malattia e alle caratteristiche personologiche del paziente piuttosto che alla specifica diagnosi. Tali effetti positivi della psicoterapia sono inoltre ampiamente documentati dalla più recente letteratura neuroscientifica (Panksepp, 2020; Northoff).

L'approccio comprensivo qui descritto è riconosciuto dalla rete internazionale HPH (Health and Promoting Hospitals and Health Services) nell'ambito del progetto dell'OMS con lo scopo di includere i concetti, i valori e gli standard di promozione della salute nella struttura organizzativa e nella cultura dell'ospedale, a beneficio del personale, dei pazienti e dei loro congiunti e sostenendo un ambiente sano.

La questione mente-corpo in Ospedale

L'approccio mente-corpo, che presuppone la considerazione olistica della persona nella condizione di salute e di malattia a favore di una prospettiva inclusiva, impone un trattamento la cui matrice risale al concetto di *Overall Diagnosis* di Balint che già negli anni '40 del Novecento aveva intuito il passaggio da una medicina contenutisti-

ca ad una prospettiva comprensiva diagnostica ed evolutiva (M.Balint). Si focalizza sulla valutazione del ruolo di differenti fattori, in interazione dinamica, in grado di influenzare l'insorgenza, il decorso e l'esito di ogni tipo di malattia, ponendo l'attenzione sulle vulnerabilità e sulle risorse bio-psico-sociali (Engel, 1977), includendole nei percorsi di cura.

Lavorare nel contesto ospedaliero implica la vicinanza alla malattia, evento acuto o cronico nella vita di un individuo, imprevisto e non rappresentato in quanto traumatico (Scoppola, 2009), con la necessità di accogliere all'interno di un campo intersoggettivo il vissuto emotivo individuale.

In letteratura troviamo numerosi contributi che sottolineano l'associazione tra condizioni mediche e alterazioni psicopatologiche dei tratti emotivi o del tono dell'umore, in particolare l'ansia e la depressione (Porcelli, 2014).

In realtà non ci si trova di fronte a semplici reazioni psicologiche ad alterate e/o patologiche condizioni fisiche, ma di interazioni fra percezione consapevole di sé e meccanismi biologici profondi quali quelli immunologici o genetici.

Sono noti gli studi della scuola di Toronto sui meccanismi della regolazione affettiva in rapporto all'alessitimia e alla condizione di malattia (Taylor, Bagby, Parker, 2000), così come quelli di Fonagy (2005) che sottolinea l'importanza della mentalizzazione nello sviluppo del comportamento di malattia (coping) ed i rischi di un suo blocco laddove il vissuto emotivo venga scotomizzato dall'ambiente sanitario.

La malattia somatica riattualizza i modelli di funzionamento primitivi che caratterizzano il processo di strutturazione e costruzione del sé individuale (E.Gaddini, M.Mancia, L.Scoppola) durante le prime fasi dello sviluppo e come tali rimangono iscritti nelle memorie implicite. In ambito ospedaliero gli interventi psicoterapeutici vengono disposti come interventi di trasformazione centrati sul *hic et nunc* dell'incontro terapeutico attraverso la messa in gioco della relazione di cura. In Ospedale l'incontro avviene con persone che, a fronte del traumatismo della malattia, evidenziano una difficoltà ad accedere al sistema simbolico e ad operare un'elaborazione trasformativa di tale evento.

L'approccio di cura, che risulta essere trasversale ai diversi quadri di malattia (interazione persistente in tutte le fasi della vita dell'unità mente-corpo), è rivolto a ristabilire il migliore livello di funzionamento possibile al momento dell'incontro. Lo psicologo che lavora in ospedale incontra numerosi e diversi setting dai reparti di degenza agli ambulatori. Il setting non soltanto come luogo fisico deve essere disposto in rapporto al livello di funzionamento della mente della persona, del suo familiare e caregiver al momento dell'incontro. Tale incontro può avvenire in ambienti molto diversi: dalle rianimazioni, alle terapie intensive, alla TIN fino ai reparti medici, oncologici, chirurgici e riabilitativi. Instaurare una corrispondenza del setting al livello di funzionamento della mente del paziente permette l'avvio di un processo trasformativo, che renda possibile la costruzione-ricostruzione del mondo interno della persona nel contesto delle relazioni interpersonali di cura. Durante il colloquio vengono colte tutte le componenti extra-verbali e infra-verbali: il comportamento generale del paziente, il suo controllo posturale motorio, l'espressione del viso, come sta nel letto, ecc. L'esperienza della malattia non può essere distinta tra evento somatico, evento mentale, evento intersoggettivo perché si presenta allo stesso tempo nei termini di una totale indistinguibilità. La persona malata vive una esperienza unica indivisibile e indistinguibile nell'esperienza nello spazio e nel tempo anche se all'individuo è consentito distinguere diversi aspetti della realtà. Esiste una corrispondenza di modelli paralleli che permette di leggere il mentale attraverso il biologico. Lo Psicologo in Ospedale svolge una funzione di facilitatore di connessioni atte a sviluppare i processi di mentalizzazione. L'ars curandi psicologica viene acquisita attraverso la capacità di utilizzare la propria persona ovvero accedendo ad aree mentali più articolate, strutturate e ricche di connessioni per promuovere nel malato reazioni di adattamento con modificazioni dell'umore. Sappiamo che le persone affette da una malattia o da un traumatismo sono condizionate intensamente nel funzionamento psicologico da stati di dipendenza affettiva, disimpegno protettivo delle attività fisiche e psichiche quanto più la malattia è grave.

Le reazioni psicologiche alla malattia possono essere modificate ed amplificate da una psicopatologia latente che può non essere mai stata rilevata precedentemente.

L'esperienza della malattia non può essere distinta tra evento somatico, evento mentale, evento intersoggettivo perché si presenta allo stesso tempo nei termini di una totale indistinguibilità. La persona malata vive una esperienza unica indivisibile e indistinguibile nell'esperienza nello spazio e nel tempo anche se all'individuo è consentito distinguere diversi aspetti della realtà

Lo Psicologo in Ospedale svolge una funzione di facilitatore di connessioni atte a sviluppare i processi di mentalizzazione. L'ars curandi psicologica viene acquisita attraverso la capacità di utilizzare la propria persona ovvero accedendo ad aree mentali più articolate, strutturate e ricche di connessioni per promuovere nel malato reazioni di adattamento con modificazioni dell'umore

Prassi

Il lavoro clinico dello psicologo in ospedale non può prescindere dal gruppo curante e dal tipo di organizzazione ospedaliera. La presenza continuativa dello psicologo nei reparti rappresenta un fattore importante per il superamento di molte situazioni non solo di interesse specificatamente clinico ma anche relazionale ed organizzativo (cfr. Carbone, 2003, 2009).

L'esigenza di integrare la pratica basata sulle evidenze scientifiche *evidence-based-practice* con le evidenze basate sulla pratica (*practice-based-evidence*) ha introdotto a livello ospedaliero la necessità di avviare studi di efficacia dei trattamenti anche se le valutazioni effettuate in contesti multidisciplinari rendono difficile la scelta degli strumenti di valutazione.

Tavola 1

INTERVENTI DELLO PSICOLOGO IN OSPEDALE
visita e parere/consulenza sul singolo paziente, famiglia, caregiver
richiesta del sanitario su una specifica interazione operatore-paziente
richiesta di attivazione multidisciplinare per gestione end-stage e Cure Palliative
richiesta di formazione sul campo permanente (FSC)
richiesta di consulenza organizzativa (costruzione di un progetto sulla base della rilevazione di problematiche concrete all'interno dei diversi reparti che fino a quel momento non hanno trovato né adeguata lettura/decodifica, né organizzazione).

Tavola 2

CRITERI DI ACCESSO	
Degenza Ospedaliera / DH	Paziente ambulatoriale / Day Service
Richiesta tramite SIO (Sistema Informativo Aziendale)	Richiesta cartacea o dematerializzata del MMG o Medico Specialista
PRASSI	
Degenza Ospedaliera / DH	Paziente ambulatoriale / Day Service
Analisi della richiesta / domanda di intervento	Completamento diagnostico e trattamentale in conti-nuità post ricovero o Day Service
Colloqui con la persona malata e/o caregiver	Colloqui con la persona malata e/o caregiver in as-setto focalizzato breve (max 16 sedute)
Restituzione e coinvolgimento del Team curante	Condivisione multidisciplinare del trattamento nell'ambito delle riunioni periodiche di Team
Referto inserito in SIO. Contiene indicazioni diagnostiche e/o trattamentali (presa in carico durante la degenza) nel rispetto della tutela della privacy vengono riportati i contenuti essenziali e generici in risposta al quesito dell'inviante o i nuclei disfunzionali emersi	Oltre alla refertazione breve per singola seduta eventuale stesura di relazione clinica finale
Trattamenti alla persona e/o caregiver in contesto multidisciplinare durante la degenza	La consulenza/ presa in carico può essere richiesta nuovamente nei momenti epicritici/ fasi della malattia come da PDTA aziendali condivisi

Tavola 3

Prodotti psicologici
Valutazione e diagnosi
Percorsi integrati di cura multiprofessionali
Trattamenti di II livello psicoterapia: focale in ambito psicosomatico, EMDR, Mindfulness, tecniche di rilassamento

Interventi di rete: UVM, Commissione di terza parte, Percorso interaziendale DCA, rapporto con le Associazioni.
Consulenza e Formazione ai Team (formazione sul campo)
Consulenza organizzativa
Tutoring: tirocini post-lauream per abilitazione alla professione di Psicologo e per specializzazione in psicoterapia.

Clinical competence

Le Clinical Competences degli Psicologi che afferiscono all'ambito ospedaliero fanno riferimento ai quattro grandi capitoli che qualificano la disciplina della Psicologia Clinica e della Salute e sono:

- promozione e mantenimento della salute,
- prevenzione e trattamento della malattia,
- trattamento del traumatismo,
- analisi e miglioramento dei sistemi di tutela della salute in ambito ospedaliero

Tali competenze afferiscono all'orientamento sviluppatosi negli Stati Uniti negli anni '70 e si sono formalizzate all'interno della costituzione della Divisione di Psicologia della Salute dell'APA.

La specializzazione universitaria in Psicologia Clinica e Psicologia della Salute e/o Psicoterapia è un requisito necessario allo Psicologo che lavori in ambito ospedaliero.

Lo Psicologo in ambito ospedaliero è in grado di mettere a punto progetti di diagnosi e terapia e di promuovere le capacità di autoriflessione rispetto ai processi individuali e gruppalì in rapporto all'attivazione dei Team multidisciplinari necessari al trattamento delle patologie organiche e di sviluppare progetti- interventi di cura psicologica dei team assistenziali rispetto alle dinamiche organizzative e alle difficoltà individuali nell'esercitare il proprio ruolo assistenziale.

Di seguito le specifiche competenze:

- Conoscenza dei principali modelli teorici implicati negli interventi di dinamiche dei gruppi, dinamiche organizzative, modello psicosociale dello stress, emergenza-urgenza e le nuove acquisizioni in ambito psico-neuroimmunologico;
- Conoscenza dei sistemi di tutela della salute e di elaborazione delle politiche della salute utilizzando le competenze e le tecniche proprie della professione;
- Conoscenza ed applicazione delle tecniche di conduzione dei gruppi e disposizione-assenso al lavoro all'interno dei team istituzionali;
- Conoscenza delle dinamiche dell'organizzazione curante ed interventi che riducono gli elementi stress lavoro correlati;
- Conoscenza ed applicazione delle tecniche psicoterapeutiche adattate al trattamento in ambito psicosomatico con particolare riferimento all'implementazione della capacità di soggettivazione, di problem solving, di decision-making, di gestione dello stress, ecc.;
- Conoscenza della rete organizzativa intra-ospedaliera (ivi inclusa la rete informatica) per poter espletare le consulenze nei reparti al letto del malato;
- Conoscenza degli elementi per effettuare psicodiagnosi differenziale tra sindromi organiche e disturbi patologici nel bambino e nell'adulto;
- Conoscenza dei quadri somatici per i quali vengono richieste prestazioni psicologiche;

Le clinical competences definite da APA si arricchiscono di ulteriori specificità all'oggi:

- funzione integrativa e di legame tra la persona malata e lo staff curante;
- operazione di cerniera tra la clinica del singolo e la clinica dei gruppi;
- inclusione di elementi di psicologia del lavoro e dell'organizzazione tali da consentire un'analisi del contesto per definire lo specifico fabbisogno psicologico e/o di cura.

Lo Psicologo in ambito ospedaliero è in grado di mettere a punto progetti di diagnosi e terapia e di promuovere le capacità di autoriflessione rispetto ai processi individuali e gruppalì in rapporto all'attivazione dei Team multidisciplinari necessari al trattamento delle patologie organiche e di sviluppare progetti- interventi di cura psicologica dei team assistenziali rispetto alle dinamiche organizzative e alle difficoltà individuali nell'esercitare il proprio ruolo assistenziale

Il documento APA 2006 permette di giungere alla declinazione dei criteri di appropriatezza degli interventi psicologici erogati prevalentemente in contesti interdisciplinari. Anche la valutazione degli esiti riveste un aspetto chiave non solo in rapporto a ragioni deontologiche, etiche, professionali, ma anche in relazione ad aspetti quali ad esempio l'accessibilità, l'accettabilità, l'efficienza e i costi.

In ambito ospedaliero oltre all'effettuazione delle consulenze secondo una richiesta centralizzata e/o prevista all'interno di protocolli aziendali condivisi e/o PTDA, vengono gestite attività del gruppo di lavoro quali la gestione del dolore, i trattamenti palliativi end-stage, attività di psicodiagnostica di II livello, trattamenti clinici di gruppo su popolazioni target. Il gruppo di lavoro rappresentato dall'Unità dei Dirigenti Psicologi permette lo sviluppo e l'utilizzo della funzione psicologia specifica del Servizio. La struttura organizzativa del Servizio garantisce la specificità professionale strumento imprescindibile per la messa in atto ed il governo di percorsi trasversalizzati che fanno riferimento ad aree strategiche aziendali quali ad esempio equità, umanizzazione, trattamenti palliativi end-stage, attività psicodiagnostica, attività di gruppi clinici rivolti ai pazienti, ai caregiver o agli operatori. La funzione psicologica esercitata dal gruppo di lavoro è necessaria inoltre sia per identificare le risorse da mettere in campo sia per complessualizzare l'intervento in una dimensione interdisciplinare. Ciò permette di contestualizzare l'approccio prestazione dei PTDA in cui vengono inserite le prestazioni psicologiche inscrivendole nella storia del singolo e della sua traiettoria di vita. Gli psicologi ospedalieri che operano trasversalmente definiscono procedure, modalità di accesso, tipologia e obiettivi dei numerosi trattamenti. Inoltre, l'introduzione della pratica, basata sulle evidenze, definita nel documento della task force dell'APA *Evidenced-Based Practice in Psychology* (EBPP) come "l'integrazione della miglior ricerca disponibile con la competenza dei clinici nel contesto delle caratteristiche del paziente, della sua cultura e delle sue preferenze" (APA, 2006), ha posto la questione, sempre più scottante, di una programmazione ed una formazione indirizzata a fornire trattamenti in linea con le raccomandazioni nazionali ed internazionali e ad individuare indicatori per verificare il suo impatto sulla pratica clinica e sull'organizzazione. Il documento APA 2006 permette di giungere alla declinazione dei criteri di appropriatezza degli interventi psicologici erogati prevalentemente in contesti interdisciplinari. Anche la valutazione degli esiti riveste un aspetto chiave non solo in rapporto a ragioni deontologiche, etiche, professionali, ma anche in relazione ad aspetti quali ad esempio l'accessibilità, accettabilità, l'efficienza e i costi.

Le definizioni di Unità Operative

I Servizi di Psicologia ospedalieri, nella rete del Sistema Sanitario Nazionale Italiano, sono raggruppati nelle seguenti tipologie aziendali e con le seguenti soluzioni organizzative:

I Servizi /U.O di Psicologia ospedaliera nella rete Sanitaria Italiana sono inseriti nelle seguenti tipologie aziendali:

- Aziende Ospedaliere Convenzionate con SSN
- Aziende Ospedaliere Universitarie
- Aziende Ospedaliere ASL
- Istituti Ricerca a carattere Scientifico

e con le seguenti soluzioni Organizzative:

- UOS, Unità Operativa Semplice
- UOSD, Unità Operativa Semplice Dipartimentale
- UOC, Unità Operativa Complessa

Si ritiene che le soluzioni organizzative non rappresentino meramente il raggiungimento di equiparazione di status professionale simile alle altre professioni sanitarie ma rappresentino il futuro di una possibile continuità e sviluppo della disciplina psicologica in ospedale.

Interventi in Pronto Soccorso: modello circolare delle interazioni

La Conferenza Stato-Regioni ha approvato le nuove Linee Guida per le Attività di Pronto Soccorso, che contengono gli indirizzi nazionali per il nuovo Triage Intraospedaliero, per l'Osservazione Breve e la gestione del sovraffollamento (2019).

Le linee guida accolgono la prospettiva di una lettura dei bisogni e degli interventi

in chiave biopsicosociale e si prefiggono di garantire questo tipo di approccio, sia pure nei limiti e nelle necessità di un contesto di emergenza. Viene quindi riconosciuta l'importanza degli aspetti psicologici nella organizzazione e gestione integrata delle attività così come nella formazione continua ed empowerment del personale.

In questo contesto viene valorizzato il ruolo degli Psicologi il cui intervento è previsto – sulla base di procedure organizzative concordate – nei confronti degli utenti, dei caregivers, degli operatori e rispetto all'organizzazione.

Gli operatori del Pronto Soccorso sono sottoposti a situazioni stressanti sia per la condizione di emergenza in cui operano sia perchè sull'operatore vengono costantemente trasferiti i sentimenti, le ansie e le paure delle persone che si trovano al centro di un'emergenza sanitaria.

Dal punto di vista psicologico, possiamo definire l'emergenza come un fenomeno a doppia cerniera: esso si attiva nel soggetto colpito dall'evento acuto come espressione d'angoscia e nel soggetto prestatore di cura come potenziale generatore di una risposta di ansia generalizzata.

Il compito principale per chi interviene in questo ambiente è quello di riuscire a modulare la propria attitudine terapeutica tenendo conto di come lo stato di angoscia e di stress interessi tutti gli attori in scena.

Il contesto del Pronto Soccorso è un luogo carico di tensione ove si vivono dimensioni di vita estreme in termini di inaspettato, di improvviso, di non immaginato, di qualcosa che è costantemente al limite del pensiero e dell'azione.

Tipologia delle prestazioni psicologiche nel Pronto Soccorso:

- 1) intra-aziendali ad es. situazioni traumatiche come incidenti stradali, morti improvvise;
- 2) inter-aziendali ad es. protocollo sulla violenza di genere, abuso sui minori;
- 3) in sala d'attesa ad es. interventi psicoeducativi per i familiari/caregiver;
- 4) interventi di formazione sul personale sanitario.

Conclusioni

Negli ultimi anni stiamo progressivamente assistendo ad un cambio di paradigma: "dalla psicologia come processo di umanizzazione delle cure, alla psicologia come parte integrante della diagnosi, della cura e della riabilitazione". Recenti studi hanno dimostrato i vantaggi clinici, assistenziali e di razionalizzazione della spesa sanitaria che derivano dall'integrazione tra la medicina e la psicologia.

Le forme organizzative più idonee per consentire l'integrazione sono quelle che prevedono l'istituzione di Servizi /Unità di Psicologia, ovvero di modalità di coordinamento per l'ottimale utilizzo delle competenze psicologiche ai diversi livelli e per le attività necessarie ad una adeguata implementazione ed aggiornamento dei professionisti, della loro integrazione nelle diverse strutture operative e collaborazione interprofessionale.

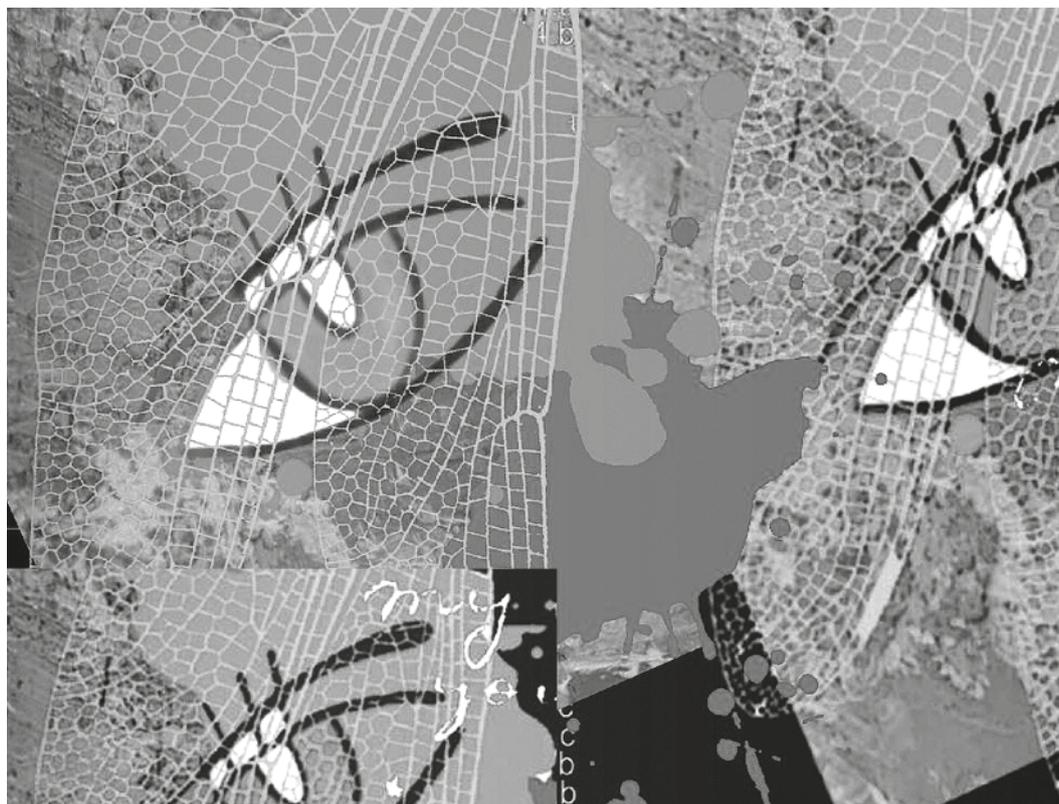
In concreto occorrono strutture organizzative aziendali di coordinamento, funzionali o preferibilmente gestionali collocate in staff-on-line della Direzione Sanitaria o Strategica, con le seguenti funzioni:

- Coordinamento delle attività psicologiche gestendo le risorse professionali e di budget assegnate in funzione degli obiettivi concordati;
- Formazione e aggiornamento, ricerca, valutazione del personale assegnato.
- Definizione di modelli operativi, protocolli di intervento, definizione di progetti innovativi e implementazione delle attività, secondo criteri di sinergia e costi-benefici, in una logica sistemica a rete, in raccordo con le UU00 e la Direzione aziendale.

Alla struttura organizzativa aziendale afferiscono gli psicologi in ruolo e a vario titolo operanti nell'Azienda: deve essere dotata di autonomia anche sotto il profilo scientifico professionale oltre che tecnico organizzativo.

La struttura di coordinamento ospedaliera dovrebbe promuovere il raccordo con i Servizi psicologici territoriali, per la necessaria continuità, in una logica di rete, delle prestazioni specialistiche ospedaliera, e con le case della Salute ed i Servizi

La Psicologia risulta essenziale per "tenere insieme" il sistema e contribuire a salvaguardare contemporaneamente le esigenze della spesa e della qualità, dell'azienda e degli utenti. Si mira allo sviluppo di Psicologie Ospedaliere che sappiano governare questi diversi bisogni, collocandole in un orizzonte di analisi ed interventi specifici, fortemente integrati, che ne renda esplicita la complessità "sistemica" migliorandone la vision e la fungibilità



Andrea Rosso, *Rete di comprensione 2*, 2012

delle cure primarie per garantire al cittadino i migliori percorsi nell'ambito delle patologie croniche, del trattamento del dolore, delle cure palliative, ecc.

La politica sanitaria centrata sul concetto di aziendalizzazione in grado di gestire processi in modo efficace ed efficiente, presuppone una adeguata attenzione a quei fattori soggettivi ed intersoggettivi che possono incidere sui costi e sulla produttività.

La Psicologia risulta essenziale per "tenere insieme" il sistema e contribuire a salvaguardare contemporaneamente le esigenze della spesa e della qualità, dell'azienda e degli utenti.

Si mira allo sviluppo di Psicologie Ospedaliere che sappiano governare questi diversi bisogni, collocandole in un orizzonte di analisi ed interventi specifici, fortemente integrati, che ne renda esplicita la complessità 'sistemica' migliorandone la visione e la fungibilità.

* Responsabile U. O di Psicologia Clinica Ospedale San Giovanni Calibita Fatebenefratelli Isola Tiberina - Roma

** Responsabile U.O Psicologia Ospedaliera Az. Ospedaliera-Universitaria, Modena

BIBLIOGRAFIA

- Allen J.G., Fonagy P., Bateman A.W. (2010), *La mentalizzazione nella pratica clinica* Cortina Editore.
- American Psychological Association (2012), *Resolution on the recognition of psychotherapy effectiveness*
- Auslander G.K., Netzer D., Arad I. (2003). Parental anxiety following discharge from hospital of their very low birth weight infants, *Family Relation. Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 52, 12-21.
- Baldoni F. (2010), *La prospettiva psicosomatica*. Ed. Il Mulino.
- Balint M. *Medico, paziente, malattia*. Feltrinelli.
- Bertini M. (1999). Editoriale. *Psicologia della Salute*, 1: 14.
- Barkham M. et al. (2001), "Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Toward practice-based evidence in the psychological therapies", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Barkham M. et al. (2005), "Suitability and utility of the CORE-OM and CORE-A for assessing severity of presenting problems in psychological therapy services based in primary and secondary settings", *British Journal of Psychiatry*.
- Bottaccioli F. a cura di (2006). *Psiconeuroendocrinoimmunologia*. Edizioni Red.
- Clerici C.A., Veneroni L. (2014). *La psicologia clinica in ospedale. Consulenza e modelli di intervento*. Il Mulino Editore.
- Corbella S., Girelli R., Marinelli S. (2004). *Gruppi Omogenei*. Edizioni Borla srl.
- Correale A. (2007), *Area traumatica e campo istituzionale*. Edizioni Borla srl.

Cramer P. (2006). *Protecting the Self*, Guilford Press.

Dondi P. (2007) *Malattia cronica, acuta e situazioni traumatiche. Le diverse implicazioni emotive*. In *Pronto Soccorso Triage*. Ed. Libreria Cortina Verona.

Fulcheri M. (2005). *Le attuali frontiere della psicologia clinica*. Centro Scientifico Editore.

Graeme J. Taylor, Bagby R. Michael, Carretti V., Schimmenti A. a cura di (2014). *La valutazione dell'alesitimia con la TSIA*. Raffaello Cortina Editore.

Grandi S., Rafanelli C., Fava G. (Ed) (2011). *Manuale di Psicomatica*. Il Pensiero Scientifico.

Imbasciati, A. (2002). *Origini e costruzione dei processi di simbolizzazione. Inconscio e simbolopoiesi*. PsychoMedia on line, 11/05/2002, pp. 1-27.

Italian Statement on Hospital Psychology, (2013).

Kets de Vries, M.F.R (1989), *Alexithymia in organizational life: The organization man revisited*. *Human Relations*, 42(12), 1079-93.

Lazzari D. (2013) *Psicoterapia: effetti integrati, efficacia e costi-benefici*, Tecniche Nuove.

Lazzari D. a cura di (2011), *Psicologia Sanitaria e malattia cronica*, Pacini Editore.

Lemma A. (2018) *Pensare il corpo. L'esperienza corporea in psicoanalisi e oltre*. Giovanni Fioriti Editore

Lazzari D, Pisanti R., Avallone F. *Percezione di clima organizzativo e burnout in ambito sanitario: il ruolo moderatore dell'alesitimia*. *G.It. Med Lav Erg*, 28, 1 suppl. *Psicologia*, 1, 43-48, 2006.

Lingiardi, V., Madeddu, F. *I meccanismi di difesa, nuova edizione*, Raffaello Cortina Editore.

Lingiardi V., McWilliams N., a cura di (2019). *Manuale Diagnostico Psicodinamico PDM-2*. Raffaello Cortina Editore.

Matte-Blanco I., (1981) *L'inconscio come insieme infiniti*. Biblioteca Einaudi.

Michielin P., Bettinardi O. (2004) "Prove di efficacia e linee guida per i trattamenti psicologici e le psicoterapie". *Rivista Scientifica di Psicologia*.

Ogden P., Minton K., Pain C. (2013), *Trauma and the body*. Norton series

Perini M. (2015) *L'organizzazione nascosta*. Franco Angeli.

Porcelli P. (2009). *Medicina Psicomatica e psicologia clinica. Modelli teorici, diagnosi, trattamento*. Raffaello Cortina Editore.

Quaderno CNOP (2017) *Ruolo della Psicologia nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)*

Quaderno CNOP (2019) *Il Ruolo dello Psicologo nel Piano Nazionale della Cronicità*

Rossi N. (2005). *Psicologia clinica per le professioni sanitarie*. Il Mulino Editore.

Semprebon G. (2019) *Le cure che voglio, le cure che non voglio*. Edizioni San Paolo

Scoppola L. (2004) *L'esperienza di essere sé*. Franco Angeli

Scoppola L. (2011) *La parola non trovata*. Franco Angeli

Schore A.N. (2003) *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé*. Casa editrice Astrolabio

Solano, L. (2013). *Tra mente e corpo*. Ed. Raffaello Cortina.

Stein, M. (2000), *After Eden: Envy and the defences against anxiety paradigm*. *Human Relations*, vol.53, 2: 193-212.

Taylor, Bagby, Parker (2000). *I Disturbi della regolazione affettiva*, Fioriti Ed.

Thompson R. J., Goldstein R. F., Oehler, J.M., Gustafson K.E. et al. (1994). *Development outcome of very low birth weight infants as a function of biological risk and psychosocial risk*. *Development and behavioral Pediatrics*, 15, 4:232-238.

Van Baar, A. L., van Wassenae, A. G., Briet, J. M., Dekker, F. W., e Kok, J. H. (2005). *Very preterm birth is associated with disabilities in multiple developmental domains*. *Journal of Pediatric Psychology*, 30, 3: 247-255.

White K. (2014) *Talking bodies*. Karnac Books.

Hospital Psychology: yesterday, today, tomorrow

The article deals with the increasing importance and role of psychology in the various steps of the treatment of patients in hospitals. It also highlights the several aspects and requirements of hospital organization.

KEYWORDS: body, mind, group experience, clinical, organization

Stanley Milgram (1933-1984) e i suoi studi sul problema dei “piccoli mondi” e sull’obbedienza

Stanley Milgram (1933-1984) and his studies on the problem of the “small worlds” and on obedience to authority

GIOVANNI CAVADI*

PAROLE CHIAVE: piccolo mondo, obbedienza, ricerca, comportamento

Stanley Milgram nasce il 15 agosto 1933 da una famiglia di immigrati ebrei a New York City. Cresce in una casa operaia del Bronx da genitori ebrei americani di prima generazione provenienti dall’Europa orientale: il padre è ungherese e la madre rumena. Frequenta la James Monroe High School nel Bronx (1947-1950) dove si guadagna rapidamente la reputazione di gran lavoratore e leader forte e dove completa il liceo in soli tre anni: uno dei suoi compagni di classe è il futuro psicologo sociale italo-americano Philip Zimbardo. Nel 1954 consegue un B.A. in scienze politiche al Queens College, il cui rettore, impressionato dalla sua vivace intelligenza, lo convince a passare allo studio della psicologia. A questo punto i suoi interessi si spostano sulla psicologia, ma inizialmente viene respinto dal corso di laurea in relazioni sociali dell’Università di Harvard poiché non ha mai seguito un solo corso di psicologia durante i suoi anni universitari. Alla fine viene ammesso ad Harvard e continua gli studi psicologici guadagnandosi il dottorato di ricerca in psicologia sociale sotto la direzione dello psicologo Gordon Allport nel 1960 con una tesi sulla nazionalità e la conformità. Per questa ricerca, Milgram trascorre un anno in Norvegia e un anno in Francia, esplorando le differenze culturali di conformità e scoprendo che la pressione per la conformità è maggiore per i norvegesi che per i francesi. Dopo il ritorno dalla Francia, Milgram studia psicologia sociale con Solomon Asch, in particolare i metodi scientifici del comportamento interpersonale nel 1959-60, presso l’Institute for Advanced Study di Princeton, NJ. Nel 1961 sposa Alexandra Menkin, un’assistente sociale psichiatrica, e dalla loro unione nascono due figli. Torna ad Harvard (1963-1967), dove continua la sua ricerca di psicologia sociale. Qui esegue un esperimento per vedere quanto i circoli sociali si sovrappongono sui “piccoli mondi” e sviluppa il concetto di “gradi di separazione”. Secondo l’ipotesi dei “sei gradi di separazione”, ognuno può essere legato ad un’altra persona attraverso una catena di conoscenze che passa tra cinque



individui. Un esperimento conferma la teoria, da lui battezzata “teoria del mondo piccolo”: sceglie alcuni cittadini americani del Midwest e chiede loro di spedire un pacco ad un abitante del Massachusetts a loro del tutto estraneo. I partecipanti all’esperimento conoscono il nome del destinatario e lo Stato in cui vive, ma non l’indirizzo. Viene loro chiesto di inviare il pacco alla persona di loro conoscenza che ritengono avere più probabilità di conoscere il destinatario. Questa persona deve poi a sua volta eseguire lo stesso compito, fino ad arrivare a consegnare il pacco al prescelto. L’esperimento dimostra che per arrivare al destinatario finale in tutti i casi ci vogliono fra i cinque e i sette passaggi. Il risultato che emerge da questo esperimento è che non sono mai necessari più di cinque anelli di una catena per raggiungere un dato soggetto e dimostra che le mappe mentali di diversi individui possono essere “socializzate”.
Milgram soffrirà di una serie di severi attacchi cardiaci che lo condurranno alla morte a New York nel 1984 a soli 51 anni.

La banalità del male

Stanley Milgram è noto principalmente per i suoi studi sull’obbedienza all’autorità: fu lo psicologo che sperimentò in una famosa ricerca la “banalità del male”. Hannah Arendt (1906-1975), filosofa di origine ebraica, in occasione del processo ad Eichmann a Gerusalemme, fu inviata speciale del quotidiano “New Yorker”. In quel contesto si rese conto che le ragioni dei crimini nazisti risiedevano non soltanto nella cattiveria o nella mostruosità di alcuni carnefici, ma nell’assenza di pensiero in uomini con comportamenti del tutto normali (“banali”) nella vita familiare, che però, se inseriti in una macchina infernale quale l’organizzazione nazista, diventano capaci delle più disumane atrocità. Nel volume *La banalità del male*, pubblicato nel 1963, la Arendt analizza le cause e il funzionamento dei regimi totalitari considerati come una conseguenza tragica della società di massa, all’interno della quale gli uomini sono resi “degli automi sradicati da ogni relazione interumana e privati dello spazio pubblico in cui hanno senso l’azione e il discorso”.

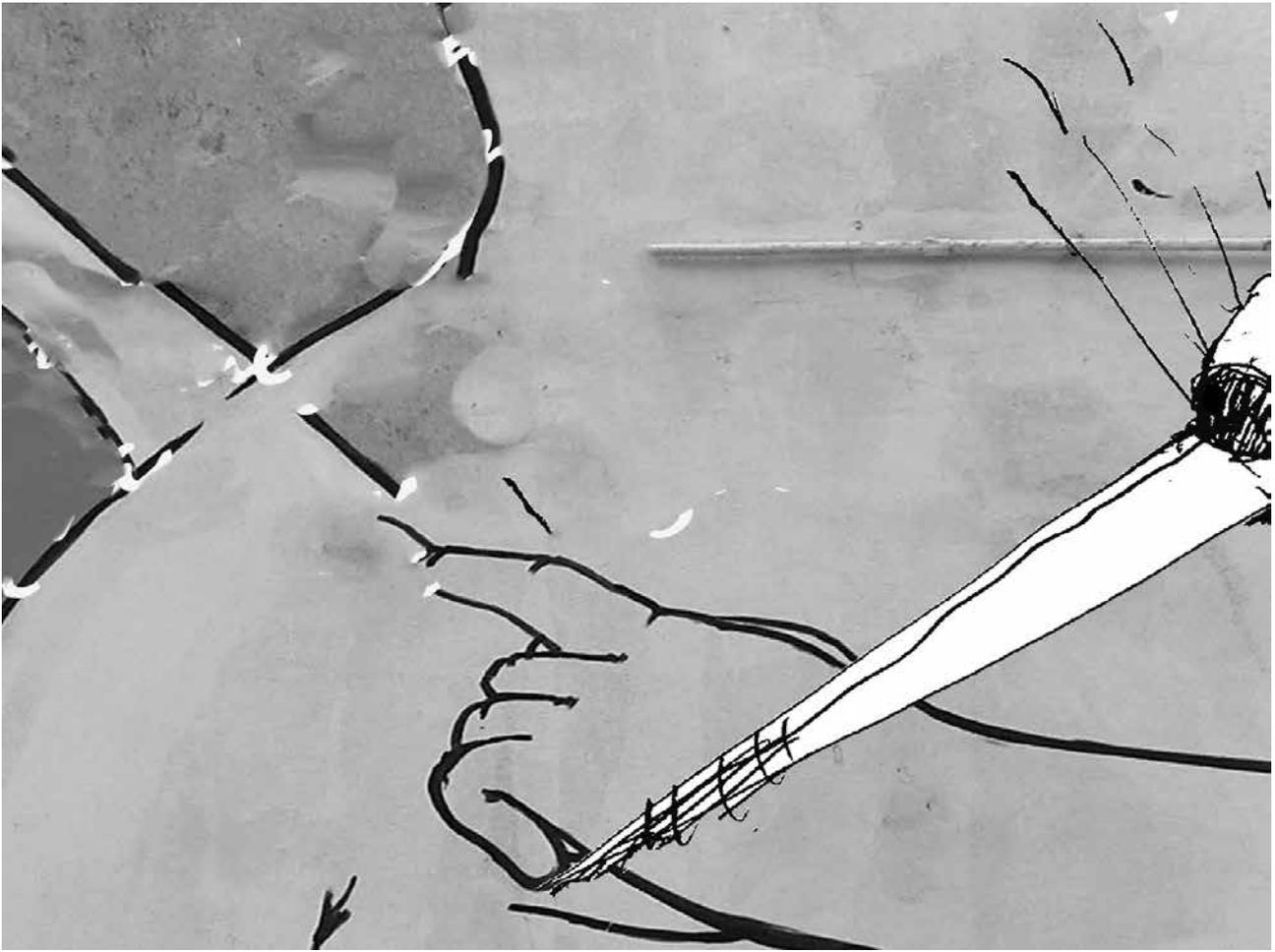
Si potrebbe obiettare che, a differenza di quanto avvenuto in Germania all’epoca del Terzo Reich, le società democratiche possiedono anticorpi sufficienti contro l’emergere di simili dinamiche sociali. Ma è davvero così? E in cosa consiste l’esperimento di Milgram?

Attraverso un’inserzione sui giornali locali della città di New Haven, Milgram invitò uomini tra i 20 e i 50 anni a partecipare ad un esperimento dietro ricompensa: la ricerca riguardava gli effetti di pratiche punitive sulla capacità di apprendimento di soggetti maschi adulti e prevedeva la somministrazione di piccole scosse elettriche. Il partecipante era stato selezionato per svolgere il ruolo di “insegnante” e avrebbe dovuto rivolgere una serie di domande a un secondo partecipante all’esperimento (un membro dell’equipe di Milgram), selezionato invece con il ruolo di “discente”. Dopo aver fatto la reciproca conoscenza, insegnante e discente venivano condotti dallo scienziato in due stanze adiacenti: il discente avrebbe dovuto imparare una serie di associazioni tra parole che gli venivano comunicate dall’insegnante tramite un interfono: se avesse commesso un errore, avrebbe ricevuto una scossa elettrica; veniva quindi legato a una sedia e collegato tramite elettrodi a un generatore di elettroshock. L’insegnante, che doveva condurre il test di apprendimento, veniva accompagnato in un’altra stanza e fatto sedere di fronte al pannello di controllo del generatore di elettroshock: il congegno presentava 30 interruttori che permettevano di somministrare scosse elettriche di intensità progressiva, partendo da 15 volt per arrivare fino a 450 volt. La progressione del voltaggio era specificata anche da indicazioni scritte che andavano da SLIGHT SHOCK (shock leggero) fino a DANGER: SEVERE SHOCK (pericolo: shock grave); gli ultimi due interruttori, di 435V e 450V, erano contrassegnati dall’etichetta “XXX”. Lo scienziato, che assisteva l’insegnante per tutta la durata del test, spiegava a costui il proprio compito: se il discente avesse commesso un errore, prima di proseguire le domande l’insegnante avrebbe dovuto somministrargli una scossa elettrica, aumentando progressivamente il voltaggio, così da permettere allo scienziato di verificare le reazioni del discente rispetto all’apprendimento. In realtà, il discente era un attore, che non avrebbe ricevuto alcuna scossa: la vera cavia dell’esperimento era il partecipante-insegnante, ignaro di tutto, e lo scopo dell’esperimento era quello di verificare il grado di obbedienza di

soggetti normali rispetto a una situazione in cui l'autorità di riferimento, lo scienziato, comanda loro di infliggere delle sofferenze a una persona innocente. L'attore doveva sbagliare intenzionalmente le risposte del test, così da mettere l'insegnante nella condizione di doverlo punire e, inoltre, avrebbe dovuto simulare delle reazioni realistiche rispetto all'elettroshock: quando le scosse raggiungevano i 75V, il discente-attore cominciava a comunicare all'insegnante un certo disagio; a 120V, il discente protestava apertamente perché le scariche cominciavano ad essere troppo dolorose; a 150V, dall'interfono giungevano grida disperate e il discente affermava di non voler più prendere parte all'esperimento e pregava lo scienziato di liberarlo; con l'aumentare dell'intensità delle scosse aumentavano anche le urla di dolore del discente che, raggiunti i 300V, si rifiutava di continuare a rispondere alle domande del test; dopo i 330V dall'interfono non giungeva più alcuna risposta, si sentivano soltanto grida e lamenti. Nel corso dell'esperimento, tutti i partecipanti-insegnanti manifestarono segni di nervosismo, imbarazzo, incertezza: esitarono sul da farsi e si rivolsero allo scienziato per decidere se proseguire o meno con l'esperimento. La funzione dello scienziato era quella di ricordare loro la doverosità di quanto stavano facendo: quando l'insegnante esitava, lo scienziato lo esortava, con voce gentile ma ferma, a proseguire il proprio compito: "Per favore prosegua, l'esperimento lo richiede; è assolutamente necessario che Lei prosegua; Lei non ha alcuna scelta, deve procedere". Di fronte ai soggetti più dubbiosi, lo scienziato assicurava loro che le scosse, per quanto dolorose, non avrebbero potuto causare danni permanenti, oppure ribadiva che il discente aveva deciso liberamente di prendere parte all'esperimento, ricordando l'importanza di questa ricerca per il progresso scientifico, o perfino dichiarando che la responsabilità di quanto stava accadendo sarebbe ricaduta soltanto sull'equipe scientifica dell'Università. In una simile situazione, quante persone sarebbero disposte a obbedire e a portare a termine il proprio compito, fino ad ultimare la sequenza di scosse elettriche e somministrare una scarica di 450V a un uomo che le sta implorando di smettere? Milgram stesso pose questa domanda a tre gruppi di studio, composti rispettivamente da psichiatri, studenti universitari di scienze comportamentali e un gruppo di adulti, esponenti del ceto medio e rappresentativi di diverse professioni. Le previsioni dei tre gruppi furono sostanzialmente simili: di fronte all'esperimento, qualsiasi persona si sarebbe rifiutata di obbedire allo scienziato, e solo una minoranza pari all'1-2%, composta da soggetti patologici, avrebbe ultimato la sequenza fino al massimo di 450V.

Quali furono invece i risultati verificati da Milgram al termine dell'esperimento? Ben il 65% dei partecipanti obbedì al comando, completando la sequenza di scosse elettriche fino ad attivare l'ultimo interruttore del pannello di controllo. Il restante 35% dei partecipanti decise invece di interrompere l'esperimento, ma nella maggior parte dei casi arrivò a questa decisione dopo aver ampiamente superato il decimo livello di elettroshock, i 150V, quando il discente esprimeva esplicitamente la richiesta di interrompere l'esperimento a causa del dolore. Come si spiega una simile discrepanza tra i risultati attesi e quelli sperimentati? Evidentemente, secondo Milgram, i tre gruppi avevano basato le proprie previsioni su due assunzioni: la prima riguardava il carattere morale degli individui, si assumeva cioè che, solitamente, la maggior parte delle persone non è disposta così facilmente a fare del male a un innocente, perché ciò contrasta apertamente con i propri codici morali; la seconda assunzione riguardava invece l'idea di autonomia: se non sono sottoposti a coercizione o minacce, gli individui decidono autonomamente come comportarsi, indipendentemente dal contesto sociale in cui la loro azione ha luogo. Il problema è che queste due assunzioni, secondo Milgram, ci portano a sottovalutare la potenza di quelle che un altro noto psicologo sociale, Philip Zimbardo, l'autore dell'effetto Lucifero per cui cattivi si diventa, chiama forze situazionali: lo specifico contesto in cui gli individui si trovano ad agire, plasmato dagli imperativi sistemici della società, da logiche di inclusione-esclusione, dai comandi di diverse tipologie di autorità (in primis, quella politica) con i loro sistemi di premi-punizioni.

La situazione creata da Milgram con il suo esperimento aveva appunto dimostrato che, per la maggior parte dei partecipanti, la presenza di uno scienziato era bastata di per sé ad annullare la loro autonomia, portandoli ad obbedire ciecamente all'autorità di riferimento, nonostante il comando ricevuto confliggesse apertamente con i loro principi morali. I soggetti di Milgram non erano persone cattive, ma avevano dimostrato con quanta facilità delle brave persone possono fare del male ad un proprio simile. Inoltre, i colloqui che Milgram tenne con i partecipanti dopo



Andrea Rosso, *Oggetti acuminati*, 2018

l'esperimento fecero emergere come la maggior parte di loro, pur avendo manifestato evidenti segni di tensione psicologica nel portare a termine il comando, fosse comunque riuscita a trovare una giustificazione razionale per l'azione malvagia che stava compiendo: in fondo, l'esperimento era organizzato da un'istituzione seria e prestigiosa come l'Università di Yale, il cui personale era sicuramente attendibile; l'esperimento era strumentale ad un fine giusto e meritevole come l'avanzamento della conoscenza; i partecipanti erano stati pagati per portare a termine uno specifico compito e non volevano tradire la fiducia degli scienziati; il discente aveva accettato consapevolmente il suo ruolo, e la responsabilità di ciò non poteva certo ricadere sull'insegnante di turno. In breve, l'esperimento di Milgram aveva messo in luce il lato oscuro dell'obbedienza: alcune azioni e comportamenti, che non ci aspetteremmo mai da parte di una certa persona quando questa agisce seguendo la propria volontà, possono invece essere eseguiti senza alcuna esitazione quando vengono compiuti in risposta ad un comando. Come Milgram sintetizza nel suo libro, l'essenza dell'obbedienza consiste nel fatto che chi obbedisce si autorappresenta come lo strumento che realizza gli ordini di qualcun altro, e quindi non si ritiene più responsabile delle sue proprie azioni. I risultati delle ricerche empiriche condotte da Milgram e dalla sua équipe della Yale University a partire dai primi anni Sessanta, note da allora come "l'esperimento Milgram", scioccarono il mondo accademico e l'opinione pubblica americana proprio perché dimostrarono che nessuna società può dirsi immune dagli *effetti perversi dell'obbedienza*. Nella maggior parte delle persone si genera una situazione di conflitto psicologico tra disciplina e coscienza, per cui l'obbedienza, che nasce da una differenziazione all'interno della struttura sociale ed è in alcune circostanze utile e necessaria anche per le importanti funzioni adattive che svolge, dato che l'autorità non può essere eliminata, se portata alle estreme conseguenze produce degli effetti perversi e distruttivi.

*Psicologo e docente di Psicologia del Lavoro Università di Brescia [cavadi@libero.it]



BIBLIOGRAFIA

- Evans R.I. (1981) Stanley Milgram. In *La psicologia oggi, interviste attraverso le parole dei protagonisti*, 422-434. NewtonCompton, Roma.
- Korte C. & Milgram S. (1970) Acquaintance networks between racial groups applications in the small world method. *Journal of Personality and Social Psychology*, 15,101-108.
- Milgram S. (1961) Nationality and conformity. *Scientific American*, 205, 45-51.
- Milgram S. (1965) Liberating effects of group pressure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1,127-134.
- Milgram S. (1965) Behavioral study of obedience. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 67,371-378.
- Milgram S. (1965) Obedience (a filmed experiment). Distribuito dalla New York University Film Library.
- Milgram S. (1965) Some conditions of obedience and disobedience to authority. *Human Relations*,18,57-76.
- Milgram S. (1966) Four studies using the lost letter technique. Address given at APA, New York.
- Milgram S. (1967) The small world problem. *Psychology Today*, 1, 60-67.
- Milgram S. (1970) The experience of living in cities. *Science*, 167, 461-468.
- Milgram S. (1974) Obedience to Authority. An Experimental View. Harper & Row, New York, (1975) Obbedienza all'autorità. (1974) Bompiani, Milano.
- Milgram, S. (1977). *The individual in a social world*. Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Co
- Milgram S. & Toch H. (1969) Collective behavior: crowds and social movements. In Lindzey & Aronson E. (eds.) *The handbook of social psychology*. 2nd ed., vol. 4, Reading, Mass., Addison-Wesley.

Stanley Milgram (1933-1984): studies on the problem of the 'small worlds' and on obedience to authority

The article describes Stanley Milgram's endeavours to understand the nature of evil in individuals, in particular his behavioral study of obedience to authority.

KEYWORDS: small world, obedience, research, behaviour

link
strumenti

Prestazioni psicologiche a distanza

CATELLO PARMENTOLA, ELENA LEARDINI



Prestazioni psicologiche a distanza

Distance psychotherapy

Riguardo alle prestazioni on line, la prima cosa da dire è che, nell'emergenza Covid 19, sono state necessarie: non è una considerazione banale, dato che senza la possibilità di spostare on line tanti esercizi professionali, avremmo scontato un'interruzione ed un senso di interruzione molto più totali, radicali e tragici

CATELLO PARMENTOLA*, ELENA LEARDINI**

PAROLE CHIAVE: prestazioni psicologiche a distanza – mediatori tecnologici – consenso informato

Con riferimento alle prestazioni psicologiche on line e a distanza, va considerato innanzitutto che la forma dell'esercizio professionale dello psicologo non è un tabù, non fosse altro perché, nel corso del tempo, è sempre già cambiata innumerevoli volte. Ci sono sempre stati, a partire dal lettino di Freud, mediatori materiali che hanno regolato le distanze e determinato ogni volta, nuove e diverse forme del setting. Ci sono state mediazioni materiali che hanno consentito terapie anche a distanza, dalle 'trascrizioni' di Jung alle 'confessioni' della scuola giapponese di Morita, dalle tante mediazioni disegnate o dipinte di tanti junghiani classici alle attuali restituzioni grafiche, genogrammiche o costellari. Quindi, l'espressionismo diretto del 'qui ed ora' in presenza non è 'il' setting ma solo una sua moderna e prevalente declinazione, che ha perdite e guadagni come ogni altra declinazione.

Questa premessa vuole dunque sollecitare un approccio alle prestazioni psicologiche on line laico ed aperto, ma al contempo vuole avvertire del rischio intrinseco ad eventuali improvvisazioni, anche quando dettate da situazioni di emergenza: si tratta di valutare ogni volta perdite e guadagni. Tale valutazione va fatta con riferimento ai diversi tipi di prestazioni a distanza: i diversi mediatori – diciamo tecnologici – adottati descrivono distanze diverse e comportano perdite e guadagni diversi. Va fatta poi con riferimento ai diversi tipi di prestazioni professionali: ognuno dovrebbe confrontare il setting on line col 'proprio' setting, con riferimento al proprio tipo di prestazione ambulatoriale ed al 'proprio' modo di organizzarla. Va fatta, infine, anche caso per caso, per ogni singolo paziente, perché alle perdite e ai guadagni non sono estranee le soggettività in gioco che possono sempre rendere diversa ogni esperienza relazionale, allo stesso preciso modo in cui avviene nella dimensione ambulatoriale. Basti considerare le diverse reazioni che i diversi pazienti hanno avuto di fronte alla proposta di spostare l'incontro in video-seduta: per alcuni è stato quasi lo stesso, altri non se la sono sentita *tout court* e, fra questi due poli, è venuta a crearsi tutta una gamma di opzioni soggettive.

Un buon criterio è riferirsi all'agio ed alla funzionalità dei propri setting ambulatoriali che sono stati tarati nel tempo e quindi possono indicare molto a riguardo. E tali indicazioni potranno essere spese anche nello spostarsi on line: alcune consapevolezza maturate riguardo alla prossemica ed a tanti altri aspetti possono orientarne delle 'riproduzioni' quanto più approssimate anche nel nuovo setting.

Generalmente si pensa all'on-line solo come necessario surrogato quando l'ambulatoriale non è possibile e la valutazione perdite-guadagni si risolve quasi sempre solo nella preoccupata evocazione delle perdite che, ovviamente, se fossero ritenute tante e tali da minare troppo gli standard di efficacia della prestazione,

Anche in rete vanno mantenuti tutti gli standard deontologici riguardo a Comunicazione, Consenso, Competenza, Autonomia, Decoro e Lealtà. Vanno inoltre sempre tenuti presenti tutti gli Obblighi Normativi (obbligo di preventivo, fatturazione, protezione dei dati, ecc.), anche se tali obblighi dovranno essere espletati in termini formali e pratici diversi

suggerirebbero tout court di evitarla. Chi scrive tende a pensare, invece, che la valutazione debba essere un po' più complessa e che, se lo fosse, riuscirebbe a cogliere anche qualche possibile guadagno. Umberto Galimberti, in un antico (4 novembre 2002) articolo sul quotidiano La Repubblica, già assimila il display alla grata di un confessionale: si svolge una comunicazione duale con i due volti 'vicini' allo schermo, a non più di quaranta centimetri dallo schermo. Non sarà sfuggito a nessuno psicologo la circostanza di non avere mai visto, in ambulatorio, così da vicino il volto di un paziente come sul display nel corso di una video-seduta. Si perdono l'affettività espressa dalle posture e dagli 'atteggiamenti' del corpo, ma si guadagnano i particolari espressivi del volto, 'si guadagnano gli occhi'. Inoltre, il fatto di non sentirsi in presenza allenta le difese, le censure conscie ed inconscie. E, come tante esperienze e tanta letteratura dimostrano, i sentimenti e le emozioni, sentendosi 'a distanza' e più al sicuro rispetto ai rischi e alle conseguenze della loro 'manifestazione', si esprimono di più e si esprimono con più forza. A volte, una video-seduta può far 'guadagnare' al processo terapeutico più di una seduta in presenza ambulatoriale. Procediamo adesso con tutta una serie di presidi che possono aiutarci, possono darci implicitamente risposte su ciò che è corretto o meno nelle prestazioni psicologiche on line e a distanza. Sono indicatori impliciti su cui misurare di volta in volta l'appropriatezza delle condotte professionali on line.

Cominciamo col ricordare l'articolo 1 del Codice Deontologico degli Psicologi: *Le stesse regole (tutte le regole del Codice) si applicano anche nei casi in cui le prestazioni, o parti di esse, vengano effettuate a distanza, via Internet o con qualunque altro mezzo elettronico e/o telematico.*

Anche in rete, quindi, vanno mantenuti tutti gli standard deontologici riguardo a Comunicazione, Consenso, Competenza, Autonomia, Decoro e Lealtà. Vanno inoltre sempre tenuti presenti tutti gli Obblighi Normativi (obbligo di preventivo, fatturazione, protezione dei dati, ecc.), anche se tali obblighi dovranno essere espletati in termini formali e pratici diversi. Altro implicito e 'proteggente' parametro valutativo è costituito dal censimento degli standard giuridico-formali previsti, dal valutare, caso per caso, se la prestazione professionale online 'preserva' i suddetti standard: dalla Sicurezza della transazione (Identità degli psicologi, Identificazione degli utilizzatori, Protezione della transazione...) alla Riservatezza (Riconoscimento dei limiti, Conservazione dei dati...), all'Appropriatezza (La ricerca di base...).

È importante riferirsi alla tanta produzione istituzionale-tutoriale del CNOP nel corso degli anni e, soprattutto, alle Linee-Guida per le prestazioni psicologiche on line e a distanza.

Il CNOP ne ha licenziate tre dalla sua istituzione ad oggi¹.

Le prime avevano un taglio più deontologico e scaturivano dal lavoro dell'EFPA (European Federation of Psychologists Associations) che, con la sua Commissione Permanente sulle questioni etiche della professione di psicologo, aveva già prodotto – alla fine degli anni '90 – diversi documenti quali la Carta Etica e il Metacodice Europeo e, soprattutto, aveva lavorato già proprio sulle Indicazioni etiche delle prestazioni psicologiche via Internet e a distanza.

Catello Parmentola e Renato Di Giovanni, su mandato (seduta del 20-12-2002) dell'Osservatorio Deontologico del CNOP, mutuavano dalla loro esperienza EFPA una prima *Disciplina Transitoria delle prestazioni psicologiche via Internet e a distanza - nelle more di una codificazione deontologica nei termini di cui all'articolo 41 del Codice Deontologico degli psicologi italiani*, da cui scaturirono le prime Linee Guida Ufficiali del CNOP riguardo a tale materia.

Le seconde Linee Guida divennero *Raccomandazioni* poiché già entravano più nel merito di un esercizio ormai in atto e che iniziava a richiedere, quindi, utili – e maggiormente 'pratici' – consigli. Si trattava fondamentalmente di un aggiornamento revisionale, dieci anni dopo, del lavoro di Parmentola e Di Giovanni.

Le più recenti Linee Guida, licenziate qualche anno fa dalla Commissione 'Atti Tipici' del CNOP, sono una guida aggiornata e tecnica al corretto utilizzo da parte dello psicologo della dimensione online.

È importante fare ad esse riferimento (sono sul sito del CNOP e sulle Pagine istituzionali di tutti gli Ordini regionali). E ricordare sempre che non basta essere esperti di web per ricondurre automaticamente nel web gli standard professionali della professione psicologica.

Consenso informato alle prestazioni psicologiche a distanza

Nell'emergenza Covid 19, in cui le misure di distanziamento sociale hanno massivamente esposto alle prestazioni psicologiche a distanza, si è scontata una volta di più l'eccessiva prevalenza delle misure formali del Consenso Informato sulla sua - molto più importante - sostanza professionale. Questa prevalenza interpretativa ed applicativa consegue, secondo chi scrive, tre improvvise assimilazioni: l'assimilazione della Deontologia al Diritto, l'assimilazione del Consenso Informato alla Prestazione a quello al Trattamento Dati, l'assimilazione del valore probatorio al valore di legittimità. Si tende ad assimilare la Deontologia al Diritto forse in una logica di 'risparmio' della complessità del pensare deontologico e dell'impegno che esso richiede. È come se, risolvendola in 'così dice la Legge', ci si illudesse di risparmiare se stessi, la non surrogabile 'personale' e soggettiva ricerca ogni volta dei migliori bilanciamenti in una complessità di vertici in gioco, da quello etico a quello sociale, a quello scientifico. Ed i complessi bilanciamenti vanno ogni volta perseguiti, ovviamente, nel perimetro che loro descrive la Legge ma, alla fin fine, è pur sempre il Diritto che si pone al servizio della migliore regola professionale e non la regola al servizio del Diritto.

Ci sono due tipi di Consenso Informato: quello alla Prestazione che 'discende' dall'articolo 32 della Costituzione, e quello al Trattamento Dati che ha, come più recente riferimento normativo, il Regolamento europeo del 2018. Si tratta di due Diritti della Persona che hanno dunque fondamento diverso e tutelano beni giuridici diversi: uno, il diritto all'autodeterminazione in tema di salute e, l'altro, il diritto alla riservatezza dei propri dati personali.

Da queste distinzioni discendono misure formali diverse anche nella loro acquisizione. Entrambi i Consensi sono Atti di Disposizione dei propri diritti con precisi effetti giuridici di natura contrattuale. Bisogna, tuttavia, tenere presente che ci sono due tipi di Atti di Disposizione. Ci sono quelli che producono i loro effetti giuridici per il solo fatto di essere espressi in modo inequivoco. Essi sono, dunque, atti già validi e, in questo caso, la forma scritta viene richiesta solo perché siano dimostrabili, a fini, quindi, esclusivamente probatori.

E ci sono poi gli atti di disposizione che, invece, per produrre i loro effetti giuridici, devono essere espressi in forma scritta: in questo caso la forma scritta è indispensabile alla validità dell'atto e, quindi, viene richiesta ai fini di legittimità. In assenza di precise disposizioni di legge, la regola generale è che la forma scritta valga esclusivamente ai fini probatori. Anche il Consenso Informato alla Prestazione sanitaria, in assenza di precise norme in merito, è ascrivibile, dunque, al primo tipo di Atti di Disposizione: la sua espressione in forma scritta è legata, quindi, alla sua dimostrabilità.

Tuttavia, per (comprensibili) esigenze di certezza, la prassi di raccogliere e documentare il Consenso in forma scritta si è affermata al punto da essere considerata, invece, quale vero e proprio elemento formale imprescindibile. Eppure già l'art. 1.4 della Legge 219/2017 (*Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*) prevede che il Consenso Informato sia acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente e sia documentato in forma scritta, ma anche, eventualmente, attraverso videoregistrazioni.

Quindi, già la Legge 219/2017 risponderrebbe (con le videoregistrazioni) alla domanda relativa all'acquisizione del Consenso alla Prestazione on line e a distanza. Gli psicologi si arrovellano, dunque, attorno ad una domanda che già aveva normativamente risposta: a volte hanno vezzi più giuridici dei giuristi e si fanno incartare dalla loro stessa rigidità formale. Purtroppo, si tratta di vezzi non privi di costo perché in ambito sanitario spesso è oggettivamente difficile raccogliere il consenso in forma scritta ed atteggiamenti interpretativi troppo rigidi rischiano o di bloccare il sistema, arrecando quel danno alla salute che proprio l'obbligo della forma scritta intendeva tutelare, oppure di offrire spunto per l'adozione di prassi operative avventate che tendono a semplificare eccessivamente il momento della raccolta del consenso, fino al punto da non ritenerlo neppure necessario in casi in cui esso invece lo è.

L'emergenza Covid 19, poi, ha imposto un distanziamento sociale che ha reso 'necessarie' le prestazioni a distanza: è ancora più ineludibile, dunque, riferirsi al fine probatorio e alla sola dimostrabilità del consenso acquisito. E la documentazione e la conservazione, quindi, di un'acquisizione video-registrata, al limite audio-

*Gli psicologi
si arrovellano,
dunque, attorno
ad una domanda
che già aveva
normativamente
risposta: a volte
hanno vezzi più
giuridici dei giuristi
e si fanno incartare
dalla loro stessa
rigidità formale.
Purtroppo, si
tratta di vezzi
non privi di costo
perché in ambito
sanitario spesso
è oggettivamente
difficile raccogliere
il consenso in
forma scritta ed
atteggiamenti
interpretativi troppo
rigidi rischiano di
bloccare il sistema*

L'emergenza Covid 19 ha imposto un distanziamento sociale che ha reso 'necessarie' le prestazioni a distanza: è ancora più ineludibile, dunque, riferirsi al fine probatorio e alla sola dimostrabilità del consenso acquisito. E la documentazione e la conservazione, quindi, di un'acquisizione video-registrata, al limite audio-registrata o, in estrema ratio, la prova fornita dall'adozione, da parte del paziente, di comportamenti concludenti, consente comunque questa richiesta dimostrabilità

registrata o, in estrema ratio, la prova fornita dall'adozione, da parte del paziente, di comportamenti concludenti, consente comunque questa richiesta dimostrabilità. In conclusione, la soluzione formale migliore sarà sempre quella che, da un lato, potrà garantire all'utente un agevole accesso alle cure e, dall'altro, al sanitario, la serenità di sapere di potere, in qualunque momento, dimostrare il consenso del paziente.

GLOSSARIO

1. CONSENSO INFORMATO

In bioetica e in ambito sanitario, il c. informato sta a significare la partecipazione consapevole del paziente alle decisioni sul trattamento terapeutico da seguire, realizzata attraverso una informazione esauriente sulle sue condizioni di salute e, soprattutto, in caso di gravi patologie, sui rischi connessi alla terapia da seguire. All'art. 24 C.D. Lo psicologo, nella fase iniziale del rapporto professionale, fornisce all'individuo, al gruppo, all'istituzione o alla comunità, siano essi utenti o committenti, informazioni adeguate e comprensibili circa le sue prestazioni, le finalità e le modalità delle stesse, nonché circa il grado e i limiti giuridici della riservatezza. Pertanto, opera in modo che chi ne ha diritto possa esprimere un consenso informato.

2. PRESTAZIONI PSICOLOGICHE A DISTANZA

Le prestazioni psicologiche che non sono svolte in presenza, de visu, in ambulatorio, in cui la relazione è mediata tecnologicamente, per lo più attraverso rete web, da cui anche 'prestazioni psicologiche on line'. Possono essere indicate anche come prestazioni psicologiche a distanza con riferimento ad altri mediatori (per esempio il telefono, ecc.). Tali prestazioni debbono ovviamente essere effettuate con modalità tali da garantire tutti gli standard deontologici e giuridico-formali dovuti. Esistono a riguardo Linee Guida CNOP e tante esperienze consolidate a cui riferirsi. Nella logica smart-working che ha dovuto informare l'emergenza Covid 19, a causa dell'obbligo di distanziamento sociale, anche gli psicologi sono stati massivamente esposti nell'esercizio professionale on-line. Nel Manuale vedi Capitolo 15 *Consenso informato alle prestazioni psicologiche a distanza* e Capitolo 37 *Prestazioni psicologiche a distanza*. Le stesse regole (del presente Codice Deontologico) si applicano anche nei casi in cui le prestazioni, o parti di esse, vengano effettuate a distanza, via Internet o con qualunque altro mezzo elettronico e/o telematico.

NOTE

1. Vedi anche Digitalizzazione della professione e dell'intervento psicologico mediato dal web, 2017 in <https://www.psy.it/linee-guida>; vedi anche <https://www.psy.it/gli-ordini-territoriali-sul-coronavirus>

BIBLIOGRAFIA

1. Berkeley - Gulotta G., Responsabilità civile e penale nel lavoro dello psicologo, in Per una cultura della competenza, a cura di Cavuoto - Smirni - Xibilia, Edizioni Scandurra, Catania 1996;
2. Calvi E. - Gulotta G. (a cura di), Il codice deontologico degli psicologi. Commentato articolo per articolo, Giuffrè Ed., 1999;
3. Calvi E. - Gulotta G. - Leardini E., Il Nuovo Codice deontologico degli Psicologi. Commentato articolo per articolo con decisioni ordinarie e giurisprudenza ordinaria, Giuffrè Ed., 2018;
4. Danovi R., Diario deontologico, Giuffrè Ed., 2012;
5. Di Giovanni R., I rapporti con l'utenza e la committenza: etica, deontologia ed epistemologia, in Parmentola C., Il soggetto psicologo e l'oggetto della psicologia nel Codice Deontologico degli psicologi italiani, Giuffrè 2000;
6. EFPA's Task Force on Forensic Psychology, The European psychologist in forensic work and as expert witness. Recommendations for an ethical practice, London 2000;
7. European Federation of Professional Psychologists Associations, Meta-Code of Ethics, Athens 1995;
8. Frati F., La deontologia come parametro di qualità nell'esercizio della professione di psicologo, Ordine Psicologi Emilia Romagna, 2002;
9. Frati F., I principi deontologici fondamentali dello psicologo nella pratica professionale del Terzo Millennio, Ordine Psicologi Emilia Romagna;
10. Gulotta G., Responsabilità civile e penale nel lavoro dello psicologo, Edizioni Scandurra, Catania 1996;
11. Jaspers K., Uomo e valori nell'età della tecnica, Cortina, 1986;
12. Linee Guida per lo Psicologo esperto in Psicologia Giuridica in ambito civile e penale, aggiornamento delle Linee Guida per lo Psicologo Giuridico (del 27 febbraio 1999), in <https://www.aipgitalia.org>;
13. Parmentola C., Il soggetto psicologo e l'oggetto della psicologia nel Codice Deontologico degli psicologi italiani, Giuffrè Ed., Milano 2000;
14. Parmentola C., La deontologia degli psicologi - le conoscenze indispensabili all'esercizio professionale,

Ordine degli Psicologi della Campania Edizioni, 2013 (prima edizione), 2018 (seconda edizione);
15. Parmentola C. (con la collaborazione di Leardini E.), *Costruire, raccontare e connettere - la deontologia nell'esercizio e nella storia della professione psicologica* (con la collaborazione di Elena Leardini), edito dall'Ordine Psicologi Regione Friuli Venezia Giulia, 2018 (prima edizione) e dall'Ordine Psicologi Regione Abruzzo (con Psiconline Ed.), 2018 (seconda edizione);
16. Parmentola C. - Leardini E., *Quello che emerge nell'emergenza - il sostegno psicologico al tempo del Coronavirus: misure deontologiche, tecnico-professionali e giuridiche*, su Psiconline, 2020;
17. Parmentola C. - Leardini E., *Consenso Informato alle Prestazioni Psicologiche a Distanza*, su Psiconline, 2020.

NOTE BIOGRAFICHE DEGLI AUTORI

* CATELLO PARMENTOLA (Scafati, 1955), Psicologo, Psicoterapeuta, è stato Dirigente psicologo presso l'ASL Salerno.

È stato vicepresidente dell'Ordine Psicologi della Regione Campania e componente della Commissione Deontologia dell'Ordine Nazionale che estese il primo Codice Deontologico degli Psicologi italiani.

È stato -dal 1993 ad oggi- in diverse Commissioni del CNOP. In tale ambito, ha esteso le prime Linee Guida per la Professione on line e collaborato alle revisioni e all'estensione delle successive; ha esteso i Regolamenti Disciplinari di vari Ordini regionali e collaborato all'estensione delle Linee Guida di Psicologia Giuridica e Forense; ha esteso le Linee d'Indirizzo per l'Applicazione dell'Art.31 del C. D. degli Psicologi.

A tale impegno istituzionale ha dedicato volumi quali *IL SOGGETTO PSICOLOGO E L'OGGETTO DELLA PSICOLOGIA* nel Codice Deontologico degli Psicologi italiani, Giuffrè Editore, 2000; *PRENDERSI CURA - il soggetto psicologo e il senso dell'Altro tra clinica e sentimento*, Giuffrè Editore, 2003; *LA DEONTOLOGIA DEGLI PSICOLOGI - le conoscenze indispensabili all'esercizio professionale*, edito dall'Ordine Psicologi Regione Campania, 2013 (prima edizione), 2018 (seconda edizione); *COSTRUIRE, RACCONTARE E CONNETTERE - la deontologia nell'esercizio e nella storia della professione psicologica* (con la collaborazione di Elena Leardini), edito dall'Ordine Psicologi Regione Friuli Venezia Giulia, 2018 (prima edizione) e dall'Ordine Psicologi Regione Abruzzo (con Psiconline Ed.), 2018 (seconda edizione).

Docente attualmente e fin dalla sua istituzione presso la sede di Napoli dell'Istituto Italiano di Psicoterapia Relazionale, è stato docente di psicologia scientifica presso la Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università di Salerno e di psicologia generale presso la facoltà di Medicina e Chirurgia dell'università Federico II di Napoli.

Ha collaborato a molte riviste scientifiche ed a molte opere collettive; dirige dal 1997 la Collana Scientifica della Plectica Editrice.

** ELENA LEARDINI (Pesaro, 1968), Avvocato, ha iniziato la propria attività dedicandosi in particolare al Diritto di Famiglia e al Diritto Minorile. Dal 2001, è consulente legale per la deontologia professionale degli Psicologi per diversi Enti Pubblici e Privati; già Membro esterno della Commissione Etica e Deontologia dell'Ordine Psicologi Lombardia e Membro effettivo del Gruppo per la Formazione a Distanza dello stesso Ordine.

Svolge attività didattica e di docenza anche in ambito accademico. Ha collaborato con l'Università di Urbino - Corso di Psicologia Giuridica e l'Università degli Studi di Milano-Bicocca; è Docente a Contratto di Etica Deontologica presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano - Facoltà di Psicologia.

Autrice di molti articoli, ha partecipato a vario titolo a diverse opere, da *ETICA E DEONTOLOGIA PER PSICOLOGI*, A. Corradini e al., ed. Carocci, Roma 2006 a *LA TUTELA DELL'INTERESSE DEL MINORE: DEONTOLOGIE A CONFRONTO*, a cura di G. O. Cesaro, ed. Franco Angeli, Milano 2007.

È coautrice, con E. Calvi e G. Gulotta de *IL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO DEGLI PSICOLOGI COMMENTATO ARTICOLO PER ARTICOLO*, ed. Giuffrè, Milano 2018.

Ha iniziato a collaborare con C. Parmentola nel 2018 con *COSTRUIRE, RACCONTARE E CONNETTERE - la deontologia nell'esercizio e nella storia della professione psicologica*, edito dall'Ordine Psicologi Regione Friuli Venezia Giulia, 2018 (prima edizione) e dall'Ordine Psicologi Regione Abruzzo (con Psiconline Ed.), 2018 (seconda edizione), cui sono seguiti ulteriori articoli e pubblicazioni in materia deontologica.

Distance psychotherapy

The authors provide an exhaustive enquiry into the main facets of on line and distance psychotherapy and its efficacy. The formal aspects are also highlighted with reference to the Psychologists' Deontology Code and to the Patient's rights, among which the Patient's Informed Consent to Distance or online Therapy.

KEYWORDS: psychotherapy – technological devices – informed consent

link
esperienze

**Dalla emergenza pandemica alla costruzione
di un sistema di supporto psicologico
per le vittime da covid-19**

CINZIA CRISTINA SACCHELLI, GLORIA RESCONI,
EQUIPE PSICOLOGIA EMERGENZA

**Diventare genitori nel tempo sospeso
del coronavirus**

ELISA GIANNACCARI



Dalla emergenza pandemica alla costruzione di un sistema di supporto psicologico per le vittime da covid-19

From pandemic emergency to the establishment of a system of psychological support for covid-19 victims

L'articolo illustra la modalità con la quale un Servizio di Psicologia, riorganizzando l'attività degli psicologi trasversalmente alle singole U.O., ha operato nel periodo pandemico in una delle zone più flagellate dal virus. Nella ASST di Crema è stata istituita una Equipe di Psicologia della Emergenza (EPE) di cui hanno fatto parte tutti gli psicologi della ASST di Crema, professionisti di EMDR Italia (consulenti e supervisor) e dell'Esercito Militare. La EPE ha lavorato in team con briefing settimanali durante i quali venivano programmati gli interventi in funzione dei bisogni rilevati e segnalati. Vengono descritte le numerose attività svolte in favore degli operatori sanitari, delle persone malate e dei loro familiari. L'esperienza dà evidenza delle grandi opportunità che si aprono adottando un modello di lavoro in Team, con professionisti psicologi che operano più flessibilmente e trasversalmente dentro e fuori dalle U.O. tradizionali, disponendo delle molteplici competenze per strutturare risposte al fabbisogno psicologico rilevato.

CINZIA CRISTINA SACCHELLI*, GLORIA RESCONI**, EQUIPE PSICOLOGIA EMERGENZA***

PAROLE CHIAVE: psicologia dell'emergenza, competenze, bisogni, risposte operative

Lo scenario

«La pandemia da Covid-19 ha travolto la città di Crema come uno Tsunami». Questa metafora è stata quella più utilizzata per descrivere quanto accaduto in questa cittadina di provincia, crocevia della Lombardia, periferia di Milano e di molti capoluoghi lombardi, confinante con le prime zone rosse del lodigiano. Nei giorni successivi alla prima diagnosi di Covid-19 a Codogno, un'ondata di ammalati da coronavirus nel territorio cremasco ha saturato ogni canale di cura.

Già da diverse settimane si osservava nella popolazione una anomala diffusione di sindromi influenzali complicate e strane polmoniti che arrivavano alla attenzione dei medici: la prima diagnosi di infezione da Covid-19 operata da una dottoressa cremonese nel mese di febbraio 2020 ha determinato la drastica svolta nella lettura del fenomeno in atto, ma la incidenza della infezione da coronavirus era già molto

Gli stati di ansia adattiva portavano le persone ad adottare le misure cautelative possibili: il ritiro domestico, il distanziamento dai propri cari, perché la paura per molti era quella di trasmettere inconsapevolmente il virus ai familiari più vulnerabili, anziani, ammalati; la costruzione artigianale di mascherine quando ancora non se ne trovavano in commercio. Le strade erano deserte e le persone spontaneamente tendevano a comportarsi come se il territorio fosse stato dichiarato zona rossa, come accaduto per la confinante Codogno. La scelta del lock down nel territorio cremasco era attesa

alta nel territorio. I pazienti più fragili cominciavano ad avere gravi complicanze che richiedevano interventi urgenti ed intensivi in numero certamente superiore a quanto nella ordinaria disponibilità del Servizio Sanitario. Sintomi suggestivi di infezioni da coronavirus erano presenti in pazienti già in cura nei Reparti e nei Servizi per altre patologie organiche e psichiche (oncologia, neurologia, psichiatria, dipendenze...); in operatori sanitari o loro familiari, nel personale ausiliario. Le Aziende Sanitarie avviavano il reperimento massivo dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) disponibili sul mercato e definivano procedure per la tutela dei pazienti e dei familiari. L'enormità del pericolo cominciava ad essere percepita, senza che vi fosse ancora la possibilità di identificarla e quantificarla: ogni mattina si apprendeva di nuovi ammalati tra i propri contatti professionali (utenti e loro familiari, colleghi e loro familiari) e durante il giorno della malattia di amici e conoscenti.

Questo scenario determinava uno stato di ansia generalizzata negli individui e generalizzato nella popolazione. Qualcuno inizialmente manifestava franche difese denegazioniste, per esempio associando per analogia la nuova patologia e le sue conseguenze ad altre epidemie influenzali che da sempre colpiscono le persone anziane e fragili; oppure sovrastimando la forza delle proprie difese immunitarie. Tuttavia la drammaticità dell'evoluzione della situazione reale si imponeva nelle settimane a seguire: numerosità degli accessi in Pronto Soccorso; indisponibilità di un numero sufficiente di posti letto con ammalati trasferiti lontano; impossibilità di visitare i propri cari; decessi, tanti, ogni giorno.

Gli stati acuti di angoscia determinavano in qualcuno la compromissione dell'esame di realtà con tematiche ideative catastrofiche (fine del mondo e della umanità; contagio e sopravvivenza). La paura faceva sì che si associassero istintivamente alcuni segnali di disagio o malessere al virus: temendo quindi di essere stati infettati in moltissimi richiedevano esami che consentissero una diagnosi certa. Gli stati di ansia adattiva portavano le persone ad adottare le misure cautelative possibili: il ritiro domestico, il distanziamento dai propri cari, perché la paura per molti era quella di trasmettere inconsapevolmente il virus ai familiari più vulnerabili, anziani, ammalati; la costruzione artigianale di mascherine quando ancora non se ne trovavano in commercio. Le strade erano deserte e le persone spontaneamente tendevano a comportarsi come se il territorio fosse stato dichiarato zona rossa, come accaduto per la confinante Codogno. La scelta del lock down nel territorio cremasco era attesa. In questo articolo, alla luce della esperienza vissuta nel periodo pandemico, vogliamo fornire una testimonianza ed un contributo sulle modalità con cui i professionisti psicologi di un Servizio di Psicologia di una Azienda Sanitaria, lavorando in Team, possono attivare interventi di supporto e meccanismi di resilienza nella organizzazione aziendale e nella popolazione di riferimento.

L'azione del servizio di psicologia e della EPE

Nella ASST di Crema la Unità Operativa Servizio di Psicologia (UOPSI) del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze - da Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS) - ha la funzione di gestire l'attività psicologica aziendale e i professionisti che la svolgono, operatori dipendenti, liberi professionisti, tirocinanti: la sua azione fa capo al Dipartimento SMD; interloquisce con la Direzione Sociosanitaria per l'intervento sovra-dipartimentale in Azienda.

All'esordio della pandemia, alla UOPSI è stato chiesto di intervenire in emergenza per la tutela della sicurezza degli utenti, del personale, dei tirocinanti e degli psicologi volontari che accedevano ai Reparti ed ai Servizi. In emergenza sono stati temporaneamente sospesi i tirocini e le frequenze volontarie. Gli appuntamenti in presenza sono stati limitati alle sole urgenze e vincolati alla disponibilità dei DPI per i professionisti ed i pazienti. Sono stati chiusi o traslocati gli ambulatori di psicologia collocati all'interno dell'Ospedale, stante che in pochissimi giorni tutti i reparti specialistici nell'edificio sono stati convertiti in reparti-covid. Sono stati censiti i colleghi che avevano avuto o avevano "sintomi parainfluenzali" o avevano avuto contatti o situazioni a rischio con indicazioni delle prassi da seguire per prevenire contagi. Sono stati individuati i professionisti con situazioni sanitarie di fragilità proprie o di un familiare convivente con attivazione di conseguenza dello smart working. Si sono applicate le indicazioni sulle procedure per la protezione dei lavoratori dal rischio di contrazione o trasmissione del virus sul posto di lavoro.

Al termine di questa prima fase di allarme e messa in sicurezza, la UOPSI ha cominciato ad interrogarsi sul tipo di contributo che la Psicologia poteva dare nel far fronte a una situazione tanto drammatica, enorme e sconosciuta: i professionisti erano in grossa parte svincolati dalle consuete attività istituzionali, stante la preclusione nello svolgimento di prestazioni psicologiche, ed hanno quindi istituito la Equipe Psicologica dell’Emergenza (EPE), sulla linea tracciata dal DPCM del 13-06-2006: “Criteri sugli interventi psicosociali da attuare in caso di catastrofi”. La EPE ha iniziato ad avere briefing regolari inizialmente utilizzando i propri device personali, poi quelli forniti dalla ASST.

Per poter usufruire della esperienza e delle competenze di professionisti esperti nelle situazioni di emergenza, tramite l’Ufficio di Formazione aziendale ci si è rivolti ad una Società Scientifica di settore: si è avviata una collaborazione con EMDR Italia che provvedeva alla formazione, consulenza e supervisione della EPE con modalità a distanza. Il lavoro in Team della EPE e la collaborazione con i professionisti di EMDR sono stati i primi strumenti di orientamento e supporto ai professionisti psicologi della Azienda: nel corso dei Briefing vi era per loro la possibilità di condividere le esperienze vissute nei diversi Reparti e Servizi, segnalando il fabbisogno psicologico che rilevavano e potendo contare su uno spazio in cui formulare proposte per la risposta da attuare, congiuntamente ai colleghi, affiancati dalla supervisione degli esperti di Psicologia dell’EMDR. Nella EPE si è integrato, con la sua disponibilità e competenze, anche lo Psicologo Militare, intervenuto con l’Esercito nel Campo Militare costruito davanti all’Ospedale per accogliere le persone malate.

Uno degli ambiti di azione degli psicologi aziendali è stato quello del mantenimento della continuità assistenziale per la utenza già in carico agli psicologi. Per poterlo fare in sicurezza si è utilizzato dapprima il telefono e con l’interessamento della Direzione Strategica si è provveduto rapidamente a dotare le U.O. in cui operano gli psicologi di postazioni informatiche e device attraverso i quali fosse possibile attuare interventi psicologici da remoto, seguendo le Linee Guida suggerite dall’Ordine degli Psicologi.

Attraverso la forma della cosiddetta Telemedicina si sono attivati interventi in favore delle persone fragili, già note ai Servizi o meno: gli Psicologi hanno contattato telefonicamente le persone che avevano avuto in carico nell’ultimo periodo per condizioni di vulnerabilità. Sono state attivate due Linee Telefoniche per consulenze psicologiche per care-giver di persone con fragilità neuropsicologica (S.O.S Demenza) e di minori (Linea Psicologica per l’Età Evolutiva).

Sempre a distanza sono stati svolti interventi di tipo psico-educazionale. In condizioni di necessario distanziamento, si è collaborato con l’Ufficio Comunicazione e con l’Ufficio Formazione della Azienda per produrre materiale che potesse orientare verso buone prassi i professionisti e la popolazione: Vademecum per autotutelare il proprio stato psicofisico; articoli sulla stampa locale; indicazioni per comunicare con i bambini e tutelare le persone fragili; video per gli operatori socio-sanitari con suggerimenti per la autotutela del proprio stato emotivo e presentazione degli interventi di supporto psicologico offerti dalla EPE con EMDR.

La UOPSI ha sofferto del fatto di non essere inclusa nella Unità di Crisi, cosa che avrebbe facilitato la programmazione degli interventi con una modalità già integrata in premessa con l’operato delle altre U.O. sanitarie, assorbite dalla necessità di organizzare una risposta ad un inusuale gigantesco bisogno di cura, nonché a ranghi limitati e riorganizzati per le malattie che contingentavano gli operatori sanitari.

Per l’intervento psicologico diretto alle persone ammalate ricoverate nei Reparti Sub-acute e di Riabilitazione, si è dovuto attendere, e la modalità adottata è stata quella già in essere per le richieste di Consulenza al Reparto in cui lo Psicologo accedeva utilizzando i DPI e le procedure protettive previste per tutti gli operatori. Per i familiari delle persone ricoverate gli Psicologi sono stati scarsamente ingaggiati fino a quando non vi è stata in alcuni Reparti la disponibilità di tablet da utilizzarsi come strumento comunicativo tra malato-curanti-familiari: in alcuni Reparti è stata allora fatta la scelta di delegare questa funzione allo Psicologo Ospedaliero.

La EPE istituiva precocemente una offerta di Supporto Psicologico per gli operatori Socio-sanitari. Si identificavano alcuni Psicologi a cui i Primari dei Reparti e i Responsabili dei Servizi, i Caposala, i Gruppi di Lavoro e i singoli professionisti potevano spontaneamente rivolgersi con una richiesta di intervento fruibile in presenza o da remoto. Sono stati richiesti ed eseguiti interventi in piccolo gruppo di Debriefing, Protocolli EMDR, Training Autogeno. In setting individuali si sono svolti

Uno degli ambiti di azione degli psicologi aziendali è stato quello del mantenimento della continuità assistenziale per la utenza già in carico agli psicologi. Per poterlo fare in sicurezza si è utilizzato dapprima il telefono e con l’interessamento della Direzione Strategica si è provveduto rapidamente a dotare le U.O. in cui operano gli psicologi di postazioni informatiche e device attraverso i quali fosse possibile attuare interventi psicologici da remoto, seguendo le Linee Guida suggerite dall’Ordine degli Psicologi

La UOPSI ha sofferto del fatto di non essere inclusa nella Unità di Crisi, cosa che avrebbe facilitato la programmazione degli interventi con una modalità già integrata in premessa con l'operato delle altre U.O. sanitarie, assorbite dalla necessità di organizzare una risposta ad un inusuale gigantesco bisogno di cura, nonché a ranghi limitati e riorganizzati per le malattie che contingevano gli operatori sanitari

interventi di Triage e Screening, Valutazione Psicologica, Consulenza e Supporto Psicologico, Trattamento con Protocollo EMDR.

Il Medico Competente a sua volta inviava alla EPE gli operatori della Azienda che segnalavano sintomi di malessere psicologico reattivo alla emergenza sanitaria. In seguito, tutti gli operatori sanitari rientranti al lavoro dopo un periodo di malattia, accedevano ad uno screening dello stato emotivo con uno psicologo - utilizzando gli strumenti indicati dall'INAIL e dall'Ordine degli Psicologi nel documento per la Prevenzione del burn-out degli operatori sanitari - potendo eventualmente concordare interventi di consulenza, supporto, trattamento sullo stress con protocollo EMDR.

Per la cittadinanza si avviava una partnership con i Consulenti Privati Accreditati sul territorio, uno dei quali, il Consultorio Diocesano di Crema, si prendeva il compito di attivare una Linea Telefonica di Ascolto Psicologico e Spirituale, con i propri professionisti psicologi e con colleghi che si sono resi disponibili a svolgere alcune ore di attività volontaria, e con le figure di religiosi per il conforto spirituale.

Le Cure Territoriali e la Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) della ASST, dovendosi trasformare in una Unità ADI-Covid per la assistenza di competenza sul territorio alle persone ammalate e loro familiari, hanno richiesto alla EPE una Formazione mirata sulle modalità comunicative delle cattive notizie ed una collaborazione per l'invio agli psicologi delle situazioni che manifestavano condizioni di malessere psicologico reattivo: nel giro di poche ore EPE ed EMDR hanno organizzato e tenuto le docenze sui temi richiesti; hanno realizzato delle Linee Guida per la comunicazione di cattive notizie divulgate a tutti gli operatori sanitari in prima linea; hanno illustrato l'utilizzo del Distress Thermometer, un semplice strumento di screening dello stato emotivo, e la modalità di proposta del supporto psicologico alle persone che manifestavano segnali di malessere o vivevano situazioni di lutto; hanno svolto funzioni di consulenza ai colleghi sanitari che dovevano fare "telefonate difficili" comunicando condizioni di malattia o perdita a persone in condizioni di particolare criticità (famiglie pluricorpore dal covid; famiglie con situazioni di disabilità o fragilità...).

La survey

È stata predisposta una brochure con gli interventi psicologici supportivi disponibili, inviata al personale della ASST insieme a semplici strumenti - scelti tra quelli indicati dall'INAIL e dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) - che permettevano a chi lo volesse di autovalutare il proprio stato di benessere psicologico generale (Scala GHQ) e l'impatto emotivo dell'evento stressante pandemico (Scala IES-R): i risultati potevano essere restituiti alla U.O.Psi nominalmente con richiesta di un appuntamento con uno psicologo della EPE o in forma anonima per una rilevazione epidemiologica dello stato di stress del personale al termine del periodo emergenziale.

Diversi operatori sanitari della ASST di Crema hanno reinviato i loro questionari al Servizio di Psicologia, consentendo di effettuare alcune valutazioni sul campione di 71 lavoratori casualmente formato.

Nella prima parte della nostra Survey abbiamo raccolto alcuni dati sulla condizione di esposizione dell'operatore all'evento emergenziale, mentre nella seconda parte sono state proposte le due scale di valutazione, il questionario sul benessere generale (GHQ) e la Scala di Impatto dell'Evento (IES). La scala di benessere generale GHQ ha lo scopo di valutare disturbi di personalità o pattern di adattamento associati al distress psicologico. Nello specifico, valuta la presenza di sintomi non cronici di cui il soggetto ha sofferto nelle ultime settimane. Il questionario comprende item costituiti da affermazioni positive, che descrivono stati psicologici connotati positivamente o attività quotidiane, e da affermazioni negative, che descrivono sintomi di disagio psicologico. Al soggetto è richiesto di confrontare la propria situazione attuale rispetto al suo stato psicologico nel 'qui et ora', scegliendo tra quattro modalità di risposta ('come al solito' più del solito', meno del solito', 'molto meno del solito'); in questo modo è possibile situare i soggetti lungo un continuum i cui estremi sono costituiti da una condizione di benessere psicologico, ossia assenza di sintomi psichici, e dall'altro estremo da una condizione di disordine psichico con diversi livelli di gravità. Per assegnare il punteggio alla scala abbiamo utilizzato il metodo likert, che consiste nell'assegnazione di un punteggio 0-1-2-3 per le quattro modalità di risposta e permette di ottenere, all'interno del punteggio totale, alcune

informazioni circa l'intensità e frequenza dei sintomi. Il punteggio totale ci permette di valutare lo stato di salute del soggetto, e viene rappresentato attraverso i colori del semaforo; nello specifico, il punteggio globale che assume valori compresi tra 0-14 segnala l'assenza di problemi psicologici, e quindi sarà indicato il colore verde del semaforo. Un punteggio totale compreso tra i 15-19 indica la presenza di qualcosa di insolito, e l'eventualità di una richiesta di aiuto, segnalato con il colore giallo del semaforo. Infine, un punteggio totale che assume valori compresi tra 19-36, pone in evidenza una situazione critica, che conseguentemente consiglia al soggetto di rivolgersi ad uno sportello d'ascolto, segnalato con il colore rosso del semaforo.

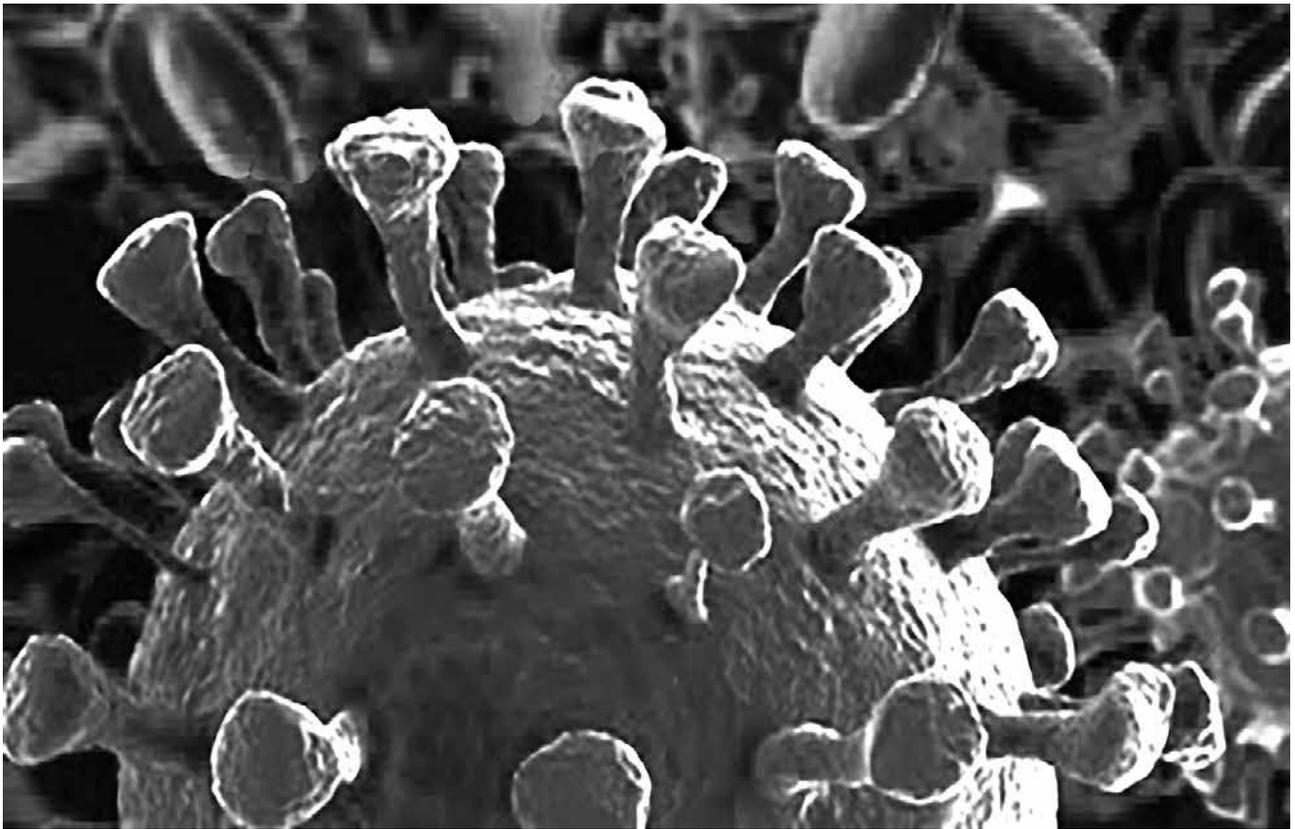
La Scala di Impatto dell'Evento IES-R è un test psicodiagnostico per i disturbi post-traumatici, ed è stata utilizzata al fine di valutare l'impatto che la situazione di emergenza ha avuto sugli operatori sanitari, focalizzandosi sull'eventuale esacerbazione delle problematiche in un PTSD; nello specifico, infatti, la scala presenta una lista di difficoltà che le persone possono manifestare a seguito di eventi stressanti. Il nostro obiettivo era dunque quello di osservare a quale livello la situazione di emergenza avesse avuto delle ripercussioni sullo stato degli operatori sanitari, fino al manifestarsi di un vero e proprio PTSD. Abbiamo deciso di usare questa scala in quanto presenta a sua volta delle subscale molto interessanti, quali evitamento, iperarousal e intrusività, che rappresentano l'anticamera di un possibile disturbo post-traumatico da stress. Per quanto riguarda lo scoring, ogni subscale si riferisce a degli item specifici ed il punteggio di ciascuno viene calcolato facendo la media degli item relativi. Per calcolare, invece, il punteggio totale della scala IES è opportuno fare la somma delle medie delle tre subscale. Il massimo punteggio medio di ognuna delle tre subscale è 4, quindi il punteggio medio totale massimo della scala IES è 12. Punteggi bassi sono migliori, mentre un punteggio totale di 33 o superiore su un punteggio massimo di 88 denota la probabile presenza di un PTSD. Le nostre analisi statistiche in sintesi hanno dimostrato l'esistenza di una connessione significativa tra i risultati totali delle due scale GHQ e IES-R: nello specifico il benessere generale è associato in modo significativo per $r=0,05$ con l'impatto dell'evento ($r=0,866$; $p=0,000$). La direzione dell'associazione risulta essere positiva, quindi sono direttamente proporzionali, e all'aumentare di una variabile anche l'altra aumenta e viceversa.

Come ci aspettavamo, la quasi totalità degli operatori ha punteggi elevati, indicativi di una condizione psicologica provata dalla esperienza pandemica: circa un terzo del campione, all'inizio della Fase 2 (giugno 2020) ha valori che indicano la possibile presenza di un disturbo post traumatico da stress.

Abbiamo provato a verificare l'esistenza di correlazioni tra lo stato di benessere (esiti delle due scale) e le condizioni che potevano determinare una maggiore/minore esposizione all'evento pandemico. Con una certa sorpresa abbiamo rilevato che non sussistono connessioni relativamente ad alcune condizioni quali: essersi allontanato da casa nel periodo emergenziale per non contagiare familiari; aver contratto il virus; aver perso un familiare a causa del Covid-19. L'unica significatività emersa è stata quella tra lo stato di benessere e l'aver avuto un familiare ammalato. Questi dati portano a riflettere sul fatto che altre variabili, di fragilità o di resilienza personale o di contesto, abbiano impattato fortemente - nel bene e nel male, nella protezione e nel danneggiamento - sul vissuto dei singoli operatori sociosanitari. Alcuni dei fattori protettivi relativi al contesto sono stati anche esplicitati, nel corso di alcuni incontri di Debriefing avuti con piccoli gruppi di lavoro: fare squadra con i colleghi che apparivano molto più motivati e solidali nell'emergenza; il sentito apprezzamento del Responsabile avvertito molto più presente ed umanamente vicino; la possibilità di avere "rinforzi", altro personale aggiuntivo che consentiva turni di lavoro sostenibili. L'accesso al supporto psicologico è facilitato per molti dalla possibilità di accedervi inizialmente durante l'orario di lavoro: al termine di giornate così faticose, il desiderio è quello di riposarsi, allontanarsi dall'ambiente e dal pensiero del dramma di cui si è stati partecipi.

Gli operatori hanno bisogno di sentirsi garantiti di non trovarsi mai più a vivere niente di simile: la sola idea provoca ansia anticipatoria con fantasie difensive di evitamento e di fuga. Auspicano che vengano messi in atto cambiamenti organizzativi preventivi, di tutela, di intervento sul territorio e al domicilio, di maggiore attenzione al fine vita, di umanizzazione della cura anche in condizioni emergenziali.

La Psicologia è tra le discipline più all'avanguardia nella definizione di Linee Guida per l'intervento a distanza e on line. Tale modus operandi non è certamente sovrapponibile a quello in presenza, ma può certamente affiancarlo in modo complementare anche quando il distanziamento non sarà più necessario. Operare da remoto fa risparmiare il tempo di trasferimento, facilitando una maggiore frequenza di incontri di coordinamento e riunioni di rete; consente di raggiungere il paziente che non può accedere al Servizio, per esempio per malattia, temporanea assenza o indisponibilità di mezzi di trasporto



Conclusioni

Nella emergenza sanitaria gli psicologi della ASST di Crema hanno potuto lavorare sinergicamente nella EPE, grazie al fatto che le U.O. in cui operano avevano drasticamente ridotto la attività diretta con la utenza: il lavoro in Team supervisionato è stato strumento di resilienza per chi ne ha fatto parte e per chi ha goduto dei suoi interventi. Per la UOPSI la disponibilità di risorse umane da impiegare trasversalmente ha consentito di orientare gli interventi in funzione dei fabbisogni psicologici che via via si manifestavano. Con la ripresa delle attività istituzionali sarà importante ripensare all'utilizzo del personale prevedendone una quota da destinare alle azioni trasversali alla Azienda (per es. il triage, lo screening, lo stress lavoro-correlato, la consulenza ai reparti, la psicodiagnostica a fini certificatori, la psicoterapia).

Nella programmazione sul lungo periodo e/o su larga scala, l'Emergenza non può essere considerata un imprevisto. Il personale, psicologico e non, deve essere formato preliminarmente a fronteggiarla, avendo strumenti per autotutelare il proprio stato psicologico e per curare gli assistiti e comunicare con la dovuta attenzione con i loro familiari. E' importante prevedere prassi e procedure per guidare gli operatori negli interventi in situazioni di crisi e traumatiche, che peraltro possono accadere in periodi ordinari (per es. negli accessi al P.S., negli eventi avversi, ecc.).

Il termine Telemedicina dovrebbe essere sostituito da Telesanità, stante che l'intervento da remoto nel periodo emergenziale è stato attuato da una molteplicità di professionisti sanitari e sociosanitari che hanno supportato le persone ammalate ed i loro familiari, la popolazione in fase di lockdown. La Psicologia è tra le discipline più all'avanguardia nella definizione di Linee Guida per l'intervento a distanza e on line. Tale modus operandi non è certamente sovrapponibile a quello in presenza, ma può certamente affiancarlo in modo complementare anche quando il distanziamento non sarà più necessario. Operare da remoto fa risparmiare il tempo di trasferimento, facilitando una maggiore frequenza di incontri di coordinamento e riunioni di rete; consente di raggiungere il paziente che non può accedere al Servizio, per esempio per malattia, temporanea assenza o indisponibilità di mezzi di trasporto.

Il lavoro svolto straordinariamente dai professionisti con le vittime della pandemia ed i soccorritori non trovava modo di essere immediatamente registrato e rendicontato all'interno delle consuete procedure: si è provveduto artigianalmente a predisporre

file ad hoc per quantificare il carico di lavoro che comunque non poteva essere valorizzato se non per le prestazioni erogate a fronte di impegnativa medica alle persone con cartella aperta in qualche U.O.

La pandemia ha reso evidente in modo eclatante che il bisogno psicologico della popolazione prescinde dall'essere affetti da una franca psicopatologia o dipendenza. E' giunto il tempo di progettare una diversa modalità di accesso agli interventi psicologici già previsti dai LEA prevedendone percorsi di appropriata fruizione; un aggiornamento dei nomenclatori tariffari delle prestazioni psicologiche e una revisione dei flussi; una nuova e corretta modalità di registrazione delle prestazioni erogate alla utenza, evitando di dover cooptare quella propria di altre U.O. che risulta inadatta e mortificante del lavoro svolto dalla Psicologia per la Salute Mentale.

*Psicologa Psicoterapeuta (Linkedin: Cinzia Cristina Sacchelli; cinziasacchelli@libero.it).

**Psicologa.

***Equipe di Psicologia dell'Emergenza: Susanna Piloni, Marco Castagna, Vanessa Raimondi, Francesca Tosetti, Cinzia Sacchelli, Olga Capone, Adami Nicole, Alessia Fusari, Valentina Calderara, Letizia Romanini, Bozzetti Chiara, Capone Olga, Elisabetta Denti, Clara Ferrari, Silvia Galvani, Silvia Zaghen, Stefania Spaggiari, Marco Tadini, Mara Patrini, Elisa Mussini, Silvia Rovaris. Stefania Sacchezin e Federica Frosi (EMDR Italia). Daniele Barnabè (Esercito Italiano).

BIBLIOGRAFIA

CNOP, Linee di indirizzo per interventi psicologici a distanza, a favore della popolazione nel periodo covid (2020). http://ordinepsicologi.tn.it/upload/documents/LINEE_INTERVENTO_PSILOGICO_A_DISTANZA_CNOP_02042020.pdf

CNOP. Raccomandazioni sulle prestazioni psicologiche attraverso tecnologie di comunicazione a distanza (2013)

https://www.psy.it/allegati/documenti_utili/Raccomandazioni_CNOP_prestazioni_on_line.pdf

C. Di Tecco, M. Ronchetti, M. Ghelli, B. Persechino, S. Iavicoli: GESTIONE DELLO STRESS E PREVENZIONE DEL BURNOUT NEGLI OPERATORI SANITARI NELL'EMERGENZA COVID-19. (2020). https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-pubbl-gestione-stress-operatori-sanitari-covid-19_6443145764145.pdf

Inail: Covid-19 e protezione degli operatori sanitari. Inail: Tipografia Milano (2020). ISBN 978-88-7484-605-4. <https://www.inail.it/cs/internet/comunicazione/news-ed-eventi/news/news-covid-19-supporto-psicologico-operatori-sanitari-2020.html>

ISS: Franco Veltrò, Gemma Calamandrei, Angelo Picardi, Massimo Di Giannantonio, Antonella Gigantesco : Indicazioni di un programma di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione dell'impatto da epidemia COVID-19 sulla salute mentale (2020). https://www.iss.it/documents/20126/0/RAPPORTO+ISS+COVID-19+23_2020.pdf/a5d4cf5e-f4cc-072e-0c43-d14ae920a2ca?t=1589209649628

Organizzazione Mondiale della Sanità: Coronavirus disease (covid-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health (2020). Geneva

Van Lander A, Tarocchi A, Savanovitch C, Pereira B, Vennat B, Guastella V: Evaluate the validity of the medical-graded rescue thermometer in palliative care. *BMC Palliat Care*. 2019 17 ottobre;18 (1):81. doi: 10.1186/s12904-019-0466-x. PMID: 31623591; PMCID: PMC6798346.

From pandemic emergency to the establishment of a system of psychological support for covid-19 victims

The article describes the impact of the outbreak of the Coronavirus disease on people and health workers in the first red zone, and how they tried to face the emergency relying on competence and team work.

KEYWORDS: emergency psychology, competence, needs, service program

Diventare genitori nel tempo sospeso del coronavirus

Becoming parents at the time of the coronavirus pandemic

L'emergenza sanitaria che ci troviamo a vivere interessa la salute dei cittadini a tutti i livelli e l'esperienza psicologica legata ad essa è caratterizzata da specifici fattori di stress (IASC, 2020).

In questo momento il tema coronavirus ha assorbito gran parte delle conversazioni e degli input che riceviamo dai media o semplicemente guardando ciò che ci sta intorno: chi non ha, accanto a sé, nella borsa o sul tavolo, mascherina e disinfettante? E in questo momento storico, come vivono la gravidanza, il parto e il puerperio? Come si vive il diventare genitori a fronte di un tempo sospeso? Come si vive "essere in dolce attesa" quando si attende il recupero della normalità?

ELISA GIANNACCARI*

PAROLE CHIAVE: gravidanza, genitorialità, identità

Diventare mamma/papà (la prima, la seconda o la "n" volta) significa entrare in una fase psicologica-mente complessa della propria vita. Oltre alle trasformazioni sul piano biologico, la maternità implica nuovi ed importanti equilibri riguardo all'identità di coppia e sociale nonché una ridefinizione dell'identità individuale (Deutsch, 1945; Bibring, 1959; Benedek, 1959; Ammaniti et al., 1995; Mastella, 2004; Monti et al., 2006).

Infatti, uno dei settori ad elevato rischio psicologico e i cui pazienti si trovano a fronteggiare elevate restrizioni e stravolgimenti rispetto alle ordinarie procedure riguarda le donne che si trovano a dover partorire in questo periodo e i papà che si sentono totalmente esclusi dalla possibilità di partecipare e seguire questo evento se non come spettatore lontano.

L'emergenza che abbiamo affrontato e le norme covid che sono seguite hanno un notevole impatto sulla vita delle gestanti e delle partorienti, e in generale della coppia genitoriale, influenzando significativamente non solo il loro stato emotivo complessivo ma anche le condizioni di vita che potevano fungere da fattori di protezione alle psicopatologie del post-parto.

Ci troviamo, oggi, a vivere in un contesto – familiare, amicale, sociale – nuovo, modificato e in alcuni casi stravolto, dalla circolazione del virus responsabile della pandemia COVID-19. Un cambiamento che mette tutti in uno stato di ansia, preoccupazione e allerta. Non possiamo, quindi, non considerare che ora si trovino ad essere decisamente amplificati tanti fattori che mettono a rischio il benessere psicologico delle coppie sia nel pre- che nel post-parto.

Studi recenti hanno potuto evidenziare le conseguenze degli stati emotivi materni, in particolare ansia e depressione, sullo sviluppo del sistema nervoso fetale, sul decorso della gravidanza, sulle complicanze ostetriche e sullo sviluppo psicomotorio del bambino (Della Vedova, 2008).

E dai primi risultati di alcune indagini che si sono svolte su tutto il territorio nazionale (SEG-Covid19), si evidenzia che in media "i valori di ansia e depressione delle madri



La nascita di una nuova vita richiede una riorganizzazione delle proprie strutture di significato, dei propri ruoli e delle relazioni con gli altri, una rielaborazione ampia e comprensiva per fare spazio al nuovo. Non si tratta di un processo facile e lineare, perché deve fare i conti con la storia e i vissuti soggettivi di quella particolare coppia, con i vincoli e le possibilità di cui dispone in quel momento della sua vita. Si tratta di un cambiamento che, anche quando desiderato, anche nei casi più felici, può fare paura

studiate superavano i livelli di soglia di normalità, influenzando, a loro volta, anche i livelli di attaccamento prenatale (l'insieme di pensieri che la futura madre ha nei confronti del proprio bambino/a prenatale). Nello specifico, l'analisi statistica evidenzia che l'alta percezione di pericolo per la diffusione del virus, le difficoltà economiche e la presenza di altri figli in famiglia, sono tutti fattori che aumentano lo stato di ansia e depressione delle gestanti, influenzando l'attaccamento prenatale". Ci sono già molti studi sulle conseguenze psico-comportamentali del Covid-19 sulle mamme, sui papà e i bambini, che si riferiscono al periodo di marzo, aprile e maggio. Dalle narrazioni raccolte e dalla paura di "trasmissibilità" alla nascita, tutti, anche i medici, non solo gli psicologi, ci interroghiamo sulle possibili reazioni emotive da parte delle donne in gravidanza e sulle trasformazioni nella relazione madre-figlio/a (Fanos V., Khoory B. J., Trapani G., 2020).

La nascita di una nuova vita richiede una riorganizzazione delle proprie strutture di significato, dei propri ruoli e delle relazioni con gli altri, una rielaborazione ampia e comprensiva per fare spazio al nuovo. Non si tratta di un processo facile e lineare, perché deve fare i conti con la storia e i vissuti soggettivi di quella particolare coppia, con i vincoli e le possibilità di cui dispone in quel momento della sua vita. Si tratta di un cambiamento che, anche quando desiderato, anche nei casi più felici, può fare paura. Tanto più la trasformazione richiesta è profonda e pervasiva, tanto

«Cosa provano le donne che sono in gravidanza oggi? quali sono gli stati emotivi? Cosa provano invece le donne che partoriscono in questo periodo? Cosa narrano? Quali effetti, anche psicologici, nella formazione dell'identità materna e nel processo di trasformazione da coppia a famiglia, e nell'affrontare le responsabilità di genitore? Quali emozioni più ricorrenti possiamo rintracciare nei loro vissuti? Di cosa hanno bisogno?»

più può arrivare a profilarsi come minacciosa e richiedere un ampio cambiamento di sé, che a volte può essere estremamente destabilizzante.

Il periodo Covid aggiunge a questi vissuti la paura o addirittura l'esperienza di contrarre una malattia potenzialmente grave. Ovviamente il grado di smarrimento si amplifica: si tratta di un evento di fronte al quale ci si sente impotenti, impreparati, vulnerabili.

L'Istituto Superiore di Sanità e il Ministero della Salute offrono informazioni molto precise riguardo la prevenzione, la trasmissibilità del virus e le buone prassi da tenere nel caso ci si ammali durante la gravidanza e nel puerperio.

I servizi sanitari dell'area ostetrico-infantile vengono garantiti, pur con la comprensibile fatica di ospedali e personale sanitario per organizzare spazi e turni adeguati, e la necessità di ridurre al minimo la presenza di persone in ospedale, con la conseguente assenza (o nei casi migliori presenza molto limitata) della figura paterna e la necessità di un sovraccarico tutto femminile.

Tanti sono i dubbi, le domande e le insicurezze delle future mamme, dei papà e delle coppie che si ritrovano improvvisamente a dover ricostruire le immagini, le aspettative e i desideri relativi alla gravidanza, al parto e al post-parto.

“Sicuramente pesano la paura dei contagi ospedalieri, l'impossibilità di avere il partner vicino, oltre ai noti motivi di padronanza del proprio corpo e il desiderio di riappropriarsi del momento del parto. Emerge una solitudine emotiva inattesa rispetto alle aspettative immaginate del “diventare madre”, solitudine determinata dal distanziamento sociale nel quale viviamo a causa del virus, che ha trasformato i rituali di festa attorno alla gravidanza da parte di parenti, amici e conoscenti.” (Fanos V., Khoory B. J., Trapani G., 2020).

Non si tratta di questioni di poco conto, perché investono quell'universo di attese e di aspettative in cui, forse già prima dell'atto della fecondazione, viene concepito un figlio. Ogni domanda assume un peso specifico diverso all'interno della storia personale di ciascuna, si intreccia con i suoi significati, e non è detto che le rassicurazioni “tecniche” siano sufficienti a placare l'ansia.

La possibilità che l'altro sia portatore del virus, mentre io devo prendermi cura di un piccolo essere in-difeso, acuisce la solitudine e la mancanza di punti di riferimento, amplifica i vissuti di incertezza e di ansia.

Dall'esperienza nel reparto di Ostetricia e Ginecologia si rileva anche come molte mamme faticano a immaginarsi quegli aspetti del travaglio e del parto che invece, se adeguatamente anticipati ed elaborati, potranno aiutarle ad affrontarlo da protagoniste attive anziché come utenti passive, così come altre sono preoccupate dell'incontrollabilità degli eventi all'esterno, perché da un momento all'altro si potrebbe ritornare in emergenza.

Il sostegno sociale, definito come supporto emotivo e concreto che la gestante sente di poter ricevere dai familiari, dagli amici e dal partner, è stato riconosciuto come fondamentale dal momento che è stata evidenziata l'associazione tra scarso sostegno sociale e sintomi depressivi in gravidanza (Collins et al., 1993; Elsenbruch et al., 2007). L'attaccamento prenatale materno, costruito relativo all'investimento affettivo della gestante verso il bambino atteso (Cranley, 1981; Condon, 1993; Muller, 1993; Della Vedova, 2005; Della Vedova et al., 2008), è stato considerato predittivo per la relazione di attaccamento madre-bambino (Siddiqui et al., 2000) e il Covid ha messo questi aspetti totalmente in discussione.

Il Covid-19, inoltre, non annulla le problematiche che possono affiorare in ogni gravidanza, aumentando la complessità e lo smarrimento: per esempio se si manifestano dei problemi della madre o del bambino (patologie, parto prematuro, complicazioni di vario genere), se ci sono delle fragilità emotive precedenti, se risulta difficile elaborare gli aspetti identitari e relazionali implicati nel cambiamento o se emergono delle incomprensioni nella coppia, ma accentua il senso di solitudine nell'impossibilità di relazionarsi all'altro come si era abituati a fare.

«Cosa provano le donne che sono in gravidanza oggi? quali sono gli stati emotivi? Cosa provano invece le donne che partoriscono in questo periodo? Cosa narrano? Quali effetti, anche psicologici, nella formazione dell'identità materna e nel processo di trasformazione da coppia a famiglia, e nell'affrontare le responsabilità di genitore? Quali emozioni più ricorrenti possiamo rintracciare nei loro vissuti? Di cosa hanno bisogno?» (Fanos V., Khoory B. J., Trapani G., 2020).

Non esistono facili risposte agli innumerevoli vissuti e interrogativi con cui le future mamme e i futuri papà si stanno confrontando. Però aiutarle ad esplorare la

complessità di quello che stanno vivendo trovando uno spazio congiunto per abitare anche ciò che non può essere anticipato, né tantomeno controllato, ci permette come professionisti di prevenire e tutelare la salute psicologica del pre e del post-partum. Attivare strumenti di prevenzione equivale a tutelare la salute attuale ma soprattutto futura del bambino e della madre, e di conseguenza di tutto il nucleo familiare.

Come professionisti dovremmo ricordarci di tenere a mente questi quesiti per porci in una posizione di ascolto empatico e di supporto, oggi ancora di più.

*Psicologa, Psicoterapeuta: Borsista psicologa progetto regionale "Misure afferenti alla prevenzione, alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva perinatale" presso il reparto Ostetricia e Ginecologia P.O. "Vito Fazzi" Lecce

BIBLIOGRAFIA

- Ammaniti M., Candelori C., Pola M., Tambelli R., (1995) Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne, Raffaello Cortina, Milano.
- Benedek T. (1959), "Parenthood as a development phase: a contribution to the libido theory", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7: 389-417.
- Bibring G.L. (1959), Some considerations of the psychological process in pregnancy, *The Psycho-analytic Study of the Child*, 16: 113-121.
- Condon J.T. (1993), The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument, *British Journal of Medical Psychology*, 66(2): 167-83.
- Collins N.L., Dunkel-Schetter C., Lobel M., Scrimshaw S.C. (1993), Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression, *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(6):1243-58.
- Cranley M. S. (1981), Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy, *Nursing research*, 30: 281-284.
- Della Vedova A. (2005), Il costruito dell' "attaccamento prenatale": una rassegna sulle attuali conoscenze, *Imago*, 12(4): 341-359.
- Della Vedova, A.M., Dabrassi, F., Imbasciati, A. (2008), Assessing prenatal attachment in a sample of Italian women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(2): 86-98.
- Della Vedova, A.M., (2008) Emozioni e gravidanza: effetti dello stress materno sul benessere fetale. In Cristini, C., Ghilardi, A. (a cura di), *Sentire e pensare. Emozioni e apprendimento tra mente e cervello*, Cap. 1, p.p. 1- 13. Springer.
- Della Vedova, A. M. (2009), *Emozioni e gravidanza: effetti dello stress materno sul benessere fetale. In Sentire e pensare* (pp.3-15). Springer, Milano.
- Deutsch, H. (1945), *Psicologia della donna adulta e madre. Studio psicoanalitico*. Vol. 2. Tr. It. Bo-ringhieri Torino (1957).
- Elsenbruch S., Benson S., Rucke M., Rose M., Dudenhausen J, Pin-cus-Knackstedt MK, Klapp BF, Arck PC (2007), Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Human Reproduction*, 22(3):869-77
- Fanos V., Khoory B. J., Trapani G., (2020) *Bambini e COVID-19. Come orientarsi*. Hygeia Press
- IASC Inter Agency Standing Committee. (2020). Briefing note on addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 outbreak.
- Mastella M. (2004), Nascita del figlio e dinamica della coppia: una prospettiva psicoanalitica. In Arfelli Galli, A., Galli G. (a cura di), *Inter- prestazione e nascita. La nascita dei genitori – la nascita del figlio*. Pisa, Istituti Editoriali e Poligrafici Internazionali.
- Monti F., Fagandini P., Agostini F., Vettori D., La Sala G.B. (2006), La complessità della nascita: genitorialità e modalità di parto. In La Sala G.B., Iori V., Monti F., Fagandini P. (a cura di), *La "normale" complessità del venire al mondo*. Guerini Studio, Milano.
- Muller M.E. (1993), Development of the Prenatal Attachment Inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 15(2):199-215.
- Siddiqui A., Hagglof B., Eisemann M. (2000), Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? *Early Human Development*, 59(1):13-25.

Becoming parents at the time of the coronavirus pandemic

The Covid-19 pandemic poses a threat to the health (and well-being) of pregnant mothers and new-born babies. It also poses a challenge to couples in terms of the need to carefully adjust to unexpected situations.

KEYWORDS: pregnancy, parenthood, personal identity

link
ricerche

Impatto psicologico della pandemia COVID-19 su operatori sanitari e insegnanti: uno studio italiano

ELEONORA GENTILE, SALVATORE GENTILE, GIOVANNI PALMIERI, MARIA CARMELA STIGLIANO, GIUSEPPE LAGUARDIA, MARINA DE TOMMASO

Effetti psicologici dei social networks durante l'isolamento sociale

SANTO DI NUOVO, CAROLINA PATTI
UNIVERSITÀ DI CATANIA

Essere adolescenti ai tempi del COVID-19: impatto psicologico della pandemia, delle misure restrittive e della Didattica a Distanza (DAD) nell'epicentro della Pandemia

CHIARA MAIORANI, MARCO PAGANI, ISABEL FERNANDEZ, DANIELA VERDI



Impatto psicologico della pandemia COVID-19 su operatori sanitari e insegnanti: uno studio italiano

Psychological impact of the COVID-19 pandemic on health care workers and teachers: an Italian study

Il governo italiano ha adottato misure restrittive per far fronte all'emergenza sanitaria pubblica a causa della diffusione del virus SARS-COV-2, che ha richiesto cambiamenti significativi nella vita quotidiana delle persone. L'obiettivo principale di questo studio è di esplorare le conseguenze comportamentali e gli effetti psicologici della pandemia di SARS-COV-2 sugli operatori sanitari e sugli insegnanti. A tal fine è stato somministrato un questionario costituito da test standardizzati per valutare la salute mentale e la qualità del sonno di questi lavoratori della provincia di Matera (Italia meridionale). I partecipanti allo studio sono 292 lavoratori nel campo sanitario e scolastico. I cambiamenti significativi e repentini delle condizioni di lavoro durante la pandemia sembrano rappresentare un fattore di stress rilevante e le differenze nell'esposizione ai contatti sociali potrebbero influenzare la percezione del rischio di contrarre la malattia infettiva. I risultati della ricerca indicano che gli operatori sanitari presentano una percezione significativamente più alta di essere a rischio di contagio SARS-COV-2 rispetto agli insegnanti. Entrambi i gruppi hanno sperimentato sintomi rilevanti di ansia, lievi sintomi depressivi e problemi di sonno durante il periodo del lockdown. La sfida dell'emergenza sanitaria ha elicitato disagio emotivo e, in generale, un basso benessere per gli operatori sanitari e gli insegnanti. I risultati evidenziano la necessità di prevedere e pianificare un intervento psicologico per garantire il benessere dei lavoratori e per supportarli nel complesso processo di adattamento a possibili future pandemie.

ELEONORA GENTILE (A*), SALVATORE GENTILE (B), GIOVANNI PALMIERI (B.), MARIA CARMELA STIGLIANO (C.) GIUSEPPE LAGUARDIA (D), MARINA DE TOMMASO (A).

PAROLE CHIAVE: Operatori sanitari, insegnanti, COVID-19, ansia, depressione, disturbi del sonno

Il cambiamento radicale e rapido nelle abitudini e nella routine quotidiana, come il distanziamento sociale imposto e la necessaria riorganizzazione dell'attività lavorativa, potrebbe avere un impatto importante sul benessere soggettivo degli individui (Maunder et al., 2003; J. Wang & Wang, 2020). Inoltre, l'epidemia aumenta il rischio di contagio e di morte, ma contribuisce anche ad alimentare una pressione psicologica intollerabile

Introduzione

Il 31 dicembre 2019 la Cina ha segnalato i primi casi di una polmonite di origine sconosciuta (Center for Health Protection, 2019; Lu et al., 2020). L'epidemia sembrava essere iniziata da un mercato all'ingrosso attraverso un evento di trasmissione zoonotica nella città di Wuhan, nella provincia di Hubei (Du et al., 2020). In seguito, gli scienziati hanno identificato mediante tamponi orofaringei il virus denominato SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) come patogeno del COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) (Lai et al., 2020). Attualmente, la pandemia di SARS-CoV-2 è considerata uno dei rischi più urgenti per la popolazione mondiale e richiede la capacità di salvaguardare la salute pubblica. Gli operatori sanitari rappresentano un gruppo di lavoratori ad alto rischio di infezione (Lin et al., 2007). Lo stato di salute di questi lavoratori dovrebbe essere focus di una maggiore attenzione, poiché prendendosi cura dei pazienti infetti (Kangqi et al., 2020) hanno anche un grande investimento emotivo.

Come misure restrittive, in Italia, le aziende sanitarie hanno chiuso gli ambulatori e programmato solo visite mediche urgenti. L'alto numero di decessi e contagi che ha coinvolto gli operatori sanitari, ha portato a cambiamenti significativi delle condizioni di lavoro, nonché a un effetto rilevante sulla salute pubblica (Wilson et al., 2005). La percezione del rischio di contagio potrebbe essere un fattore di stress importante per gli operatori sanitari (Koporc, 2018). In effetti, l'ospedale si configura come uno spazio di lavoro condiviso e potrebbe diventare un luogo veicolo di contagio (Kangqi et al., 2020; Klompas, 2020). Tuttavia, le conseguenze comportamentali e gli effetti psicologici del SARS-CoV-2 sui professionisti della sanità, per quanto ne sappiamo, non sono stati ancora completamente studiati. Gli studi sull'attuale epidemia hanno evidenziato la presenza di preoccupazione per il proprio stato di salute, rischio di stigmatizzazione, isolamento sociale e sviluppo del disturbo da stress post-traumatico tra le persone (Boyras & Legros, 2020; S. Xiao et al., 2020). L'efficienza professionale e il benessere degli operatori sanitari è un passo essenziale per affrontare situazioni complesse (Hope et al., 2010) come l'epidemia di SARS-CoV-2. Come suggerito in seguito a emergenze sanitarie simili, gli organi decisionali hanno implementato misure restrittive per arrestare l'ulteriore diffusione virale (Lindell et al., 2007). Le raccomandazioni di salute pubblica erano: rimanere a casa, limitare gli spostamenti e, applicare specifiche restrizioni per il lavoro e la salute (Organizzazione mondiale della sanità, 2005). In particolare, il Governo italiano, su segnalazione di esperti del Ministero della Salute (DPCM 4 marzo 2020 - | www.governo.it), dopo un'accurata valutazione dei potenziali benefici per la salute pubblica, ha deciso di chiudere le scuole in tutto il paese (Cauchemez et al., 2009). È la prima volta che in Italia si avverte la necessità di prendere un simile provvedimento come forma di intervento sanitario non farmacologico utile a contrastare una pandemia. Le scuole potrebbero, infatti, rappresentare un mezzo per la trasmissione del virus a causa dell'elevato numero di contatti sociali che avvengono al loro interno (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2005). Se, da un lato, la chiusura delle scuole ha come obiettivo la riduzione della curva di contagio (Ferguson et al., 2006; Inglesby et al., 2006), dall'altro richiede una complessa organizzazione e pianificazione dell'attività didattica. Gli insegnanti hanno dovuto organizzare lezioni virtuali adottando strategie di insegnamento efficaci anche in assenza di contatto diretto con la classe (Sadique et al., 2008). Pertanto, la chiusura delle scuole è un evento improvviso e inaspettato sia per gli insegnanti, che per gli studenti (Cauchemez et al., 2009). Il difficile compito per gli insegnanti è stato quello di identificare e adottare strategie educative per accogliere e incoraggiare la rielaborazione delle esperienze emotive della classe, sia in relazione alla preoccupazione per la pandemia, che alle esperienze di isolamento sociale (Blendon et al., 2008). Gli insegnanti, soprattutto all'inizio della pandemia, hanno dovuto far fronte allo stress emotivo dei loro studenti durante le lezioni virtuali (Cao et al., 2020). Il lockdown rappresenta una situazione nuova per l'intera popolazione.

Il cambiamento radicale e rapido nelle abitudini e nella routine quotidiana, come il distanziamento sociale imposto e la necessaria riorganizzazione dell'attività lavorativa, potrebbe avere un impatto importante sul benessere soggettivo degli individui (Maunder et al., 2003; J. Wang & Wang, 2020). Inoltre, l'epidemia aumenta il rischio di contagio e di morte, ma contribuisce anche ad alimentare una pressione psicologica intollerabile (C.Xiao, 2020). In generale, l'incertezza e l'insicurezza

dovute alle caratteristiche epidemiologiche del COVID-19 e le modalità rapide di trasmissione del virus potrebbero provocare problemi psicologici come ansia, depressione, disturbi del sonno e paura nella popolazione generale (Pappa et al., 2020; C. Wang et al., 2020).

Il presente studio mira a caratterizzare l'impatto psicologico della pandemia sul personale di un'azienda sanitaria e sul personale scolastico, nella regione Basilicata. In particolare, l'obiettivo generale dello studio è valutare lo stato di salute mentale durante il periodo di lockdown in un gruppo di operatori sanitari e in un gruppo di insegnanti. La scelta di questi due gruppi di lavoratori nasce dalla considerazione che entrambi, seppur in modi diversi, hanno dovuto affrontare un repentino cambiamento rispetto alla routine professionale precedente allo sviluppo della pandemia. Gli operatori sanitari hanno, difatti, dovuto subire un sovraccarico di tensione, dovuto alla necessità di continuare a lavorare a distanza ravvicinata con i pazienti, seppur con le precauzioni ritenute necessarie per salvaguardarne la salute. Il gruppo degli insegnanti, invece, ha sperimentato un cambiamento nel modo consueto in cui lavorano, che li ha allontanati fisicamente dagli studenti. I risultati di questa ricerca potrebbero fornire dati utili per indirizzare interventi di promozione del benessere mentale, durante una possibile futura pandemia, tra i lavoratori nel campo della sanità e dell'istruzione.

Metodo

Lo studio è stato condotto in un'azienda sanitaria della Basilicata (Azienda Sanitaria Locale di Matera, ASM) e in due scuole: l'I.C. "Giovanni Paolo II", e un Istituto Superiore di Istruzione, "Pitagora", di Policoro, in provincia di Matera. Il questionario è stato somministrato a 292 lavoratori: in questo campione, 134 soggetti erano lavoratori dell'azienda sanitaria ASM e 158 insegnanti delle due scuole.

Azienda sanitaria. La ricerca è stata approvata dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria di Matera. Nello specifico, il gruppo degli operatori sanitari era composto da medici, biologi, psicologi, infermieri e tecnici sanitari. Gli operatori sanitari prestano servizio sia negli ospedali, che nei servizi sanitari territoriali. L'azienda sanitaria è un riferimento per i bisogni di salute dell'intera popolazione (circa 200.000 abitanti) dei 31 comuni della provincia di Matera.

Scuole. La partecipazione alla ricerca è stata approvata dal Dirigente scolastico delle due scuole. La scuola "Giovanni Paolo II" è un istituto che comprende la scuola dell'infanzia, la primaria e la secondaria di primo grado. L'istituto "Pitagora" è una scuola superiore. I partecipanti allo studio sono stati 79 insegnanti per ognuna delle due scuole.

La compilazione del questionario on-line è anonima e ha richiesto un impegno di circa 10-15 minuti: è stato somministrato nel periodo compreso tra il 9 e il 30 aprile 2020. In questo lasso di tempo, il totale dei casi confermati di COVID-19 in Basilicata era di 239 persone. L'età media dei contagiati era di 53 anni e si sono verificati 24 decessi (dati dell'Istituto Superiore di Sanità, 2020). I membri del personale sono stati invitati a completare volontariamente il sondaggio tramite richieste inviate alle e-mail istituzionali e tramite un link pubblicato sul sito ufficiale dell'azienda sanitaria ASM. Tutti i partecipanti hanno sottoscritto il consenso informato, prima dell'inclusione nello studio. Per raccogliere i dati, è stato utilizzato un modulo Google accessibile online, per evitare il contatto diretto con i partecipanti e prevenire la diffusione di SARS-CoV-2.

Sezione sondaggio

Lo strumento utilizzato per lo studio consiste in un questionario suddiviso in 4 sezioni: dati demografici; informazioni sull'attività lavorativa e sul rischio di esposizione diretta e indiretta a SARS-CoV-2; valutazione dello stato di salute mentale; valutazione della qualità del sonno. In particolare, l'impatto psicologico della pandemia è stato valutato con scale di misurazione convalidate tra cui Self-rating Anxiety Scale (SAS) (Zung, 1971), Self-rating Depression Scale (SDS) (Zung, 1965) e Medical Outcomes Study (MOS) (Tarlov, 1989) negli adattamenti italiani. Agli intervistati è stato chiesto di rispondere alle domande riferite alle ultime 4 settimane

per assicurarsi che le loro risposte potessero riflettere lo stato della persona durante il periodo di pandemia.

La prima sezione, composta di domande finalizzate alla raccolta di dati demografici comprende: sesso (maschio o femmina), età (anni), livello di istruzione (anni di studio), ambito professionale (azienda sanitaria o scuola).

La seconda sezione riguarda le informazioni sull'attività lavorativa durante l'emergenza sanitaria pubblica e le convinzioni sull'esposizione al rischio a SARS-CoV-2. Le domande sono illustrate nella tabella 1.

Tabella 1. Domande e opzioni di risposta: seconda sezione del questionario

Domande	Risposte	Partecipanti
Attualmente lavori regolarmente?	– Sì, sul posto di lavoro – Sì, a casa – No	Tutti
Pensi di essere potenzialmente a rischio per COVID-19?	– Sì, a causa della mia età – Sì, a causa del mio stato di salute – Sì, per la maggiore esposizione a persone contagiate dal lavoro – No – Altro	Tutti
Hai contratto SARS-CoV-2?	– Sì – No	Tutti
Hai avuto sintomi?	– Sì – No	Solo le persone contagiate
Attualmente:	– Sono ricoverato in ospedale – Sono in isolamento per la positività del tampone – Sono guarito	Solo le persone contagiate

La terza sezione mira a valutare lo stato di salute mentale inclusa la valutazione dei sintomi di ansia e depressione mediante questionari standardizzati: SAS (Zung, 1971) e SDS (Zung, 1965). Questi test sono abbastanza facili e rapidi da somministrare. Zung Self-rating Anxiety Scale (SAS) (Zung, 1971), è una scala di autovalutazione, composta da 20 items utilizzata per valutare i sintomi correlati all'ansia. Il SAS è stato utilizzato per valutare la presenza e misurare la gravità dell'ansia come disturbo clinico. Studi precedenti indicavano che SAS aveva un'adeguata consistenza interna in campioni di persone sane e di persone con disturbi psichiatrici, con buone correlazioni item-totale e buona affidabilità test-retest (Jegede, 1977; Michelson & Mavissakalian, 1983; Olatunji et al., 2006). Ogni item è stato valutato con una scala Likert a 4 punti: raramente, a volte, spesso e quasi sempre. Il punteggio grezzo è stato quindi convertito in un punteggio standardizzato con i seguenti intervalli: 25-44 normalità, 45-59 ansia lieve, 60-74 ansia moderata e punteggi uguali o superiori a 75 ansia grave (Dunstan & Scott, 2018). Nel presente studio questo strumento ha mostrato una buona consistenza interna. In questo studio, l' α di Cronbach ha un valore di 0,875.

Zung Self-rating Depression Scale (SDS) (Zung, 1965) è una scala di auto-valutazione, composta da 20 item utilizzati per valutare i sintomi correlati alla depressione su una scala Likert a 4 punti: raramente, a volte, spesso e quasi sempre. I punteggi sono stati quindi convertiti in un indice totale. Il punteggio finale presenta i seguenti cut-off: 25-49 depressione zero, 50-59 depressione da lieve a moderata, 60-69 depressione da moderata a grave e punteggi uguali o superiori a 70 depressione grave (Zung, 1973). Il test SDS in questa ricerca ha una buona consistenza interna, con un valore di α di Cronbach pari a 0,904.

L'ultima sezione consiste nella valutazione della qualità del sonno del personale in base all'indice dei problemi del sonno (SPI II) secondo il Medical Outcomes Study

(MOS) (Tarlov, 1989). L'SPI II valutato dal MOS è considerato una misura affidabile della qualità del sonno (Jensen, 2011) e ha buone proprietà psicometriche (Allen et al., 2009). Le misurazioni SPI II forniscono un punteggio con un intervallo da 0 a 100, in cui i punteggi più alti rappresentano maggiori problemi di sonno (Stewart & Ware, 2017). La media del punteggio SPI II in una popolazione generale è di 25,8 (Hays et al., 2005). Un punteggio > 25,8 su SPI II è stato utilizzato per stimare la prevalenza di problemi nella qualità del sonno (Jensen, 2011). La deviazione standard del punteggio SPI II è di circa 20 e i punteggi 50-60 indicano problemi del sonno abbastanza rilevanti (Ware & Sherbourne, 1992). In questo studio, l' α di Cronbach ha un valore di 0,882.

Analisi dei dati

Le analisi dei dati sono state condotte utilizzando il software IBM Statistical Package for Social Sciences Statistics (SPSS), versione 21. Il test di Kolmogorov – Smirnov è stato utilizzato per verificare la normalità della distribuzione dei dati. Prima di eseguire l'analisi statistica, è stata valutata l'attendibilità dei test utilizzati mediante il computo dell'alfa di Cronbach (Cronbach, 1951). Sono state eseguite analisi statistiche descrittive per elaborare le caratteristiche di base del campione e le informazioni relative al rischio di esposizione a COVID-19. Per descrivere le caratteristiche generali del campione sono state calcolate le frequenze e le percentuali. I dati relativi ai punteggi ottenuti nei test SAS, SDS e MOS sono stati espressi come media e deviazione standard (SD) per ciascun gruppo. Per confrontare le differenze tra i due gruppi di lavoratori è stata effettuata l'ANOVA a una via. I valori di $P < 0,05$ erano statisticamente significativi. Infine, il coefficiente di correlazione di Pearson è stato eseguito per valutare possibili correlazioni tra i punteggi SAS, SDS e MOS negli operatori sanitari e negli insegnanti.

Risultati

Dati demografici

Il campione della ricerca è di 292 lavoratori. I dati demografici dei partecipanti sono indicati nella tabella 2. È stata rilevata una differenza significativa tra i gruppi riguardo al livello di istruzione (ANOVA a una via: $F = 20,69$; $p = 0,00$). Tuttavia, la maggior parte degli operatori sanitari e degli insegnanti aveva un livello di istruzione > di 13 anni di studio. Questa differenza è irrilevante per gli obiettivi dello studio che, invece, richiedono una maggiore attenzione allo studio delle differenze legate agli specifici contesti di lavoro dei partecipanti.

Tabella 2.

DATI DEMOGRAFICI	VALORE
Operatori Sanitari (N=134)	
Genere, N (%)	
Maschio	58 (42.28)
Femmina	76 (56.72)
Età (anni), media (DS)	52.13 (9.24)
Livello d'istruzione (anni di studio), N (%)	
5	9 (6.72)
8	11 (8.21)
13	25 (18.66)
>13	89 (66.42)
Insegnanti (N=158)	
Genere, N (%)	

Maschio	38 (24.05)
Femmina	120 (75.95)
Età (anni), media (DS)	52.99 (8.41)
Livello d'istruzione (anni di studio), N (%)	
13	49 (31.01)
>13	109 (68.99)

Domande sul periodo di lockdown dovuto alla diffusione di Covid-19

La maggior parte degli operatori sanitari ha dichiarato di svolgere il proprio lavoro presso la sede dell'Azienda Sanitaria (N = 105 - 78,3% del campione) e solo 24 di loro (17,9%) hanno svolto l'attività lavorativa in modalità di smartworking. Solo 4 (2,9%) operatori sanitari hanno affermato di non aver lavorato durante il periodo di lockdown. Tutti gli insegnanti hanno dichiarato di aver lavorato a casa in linea con le misure restrittive di blocco imposte dal governo italiano. Nessuno degli intervistati ha contratto il virus SARS-CoV-2.

Tra gli operatori sanitari, solo 24 (17,9%) hanno dichiarato di non percepirsi a rischio di contrarre il virus SARS-CoV-2, a differenza di quanto dichiarato dalla maggioranza di loro. Gli insegnanti, invece, si percepivano meno a rischio di esposizione al virus (N=97, 61,4%). In particolare, 61 (45,5%) operatori sanitari ritenevano di essere a rischio di infezione a causa della maggiore esposizione a casi positivi al virus per motivi di lavoro; 33 (24,6%) operatori sanitari e 24 (15,1%) insegnanti ritenevano di essere a rischio a causa del loro stato di salute. Infine, 16 (11,9%) operatori sanitari e 37 (23,4%) insegnanti pensavano di essere soggetti a rischio a causa dell'età. L'ANOVA a una via ha indicato una differenza significativa ($F = 62,465$; $p = 0,000$) tra i gruppi riguardo alla percezione del rischio di contagio per sé stessi. In generale, 110 (82,1%) operatori sanitari e 61 (38,6%) insegnanti ritenevano di essere a rischio per COVID-19.

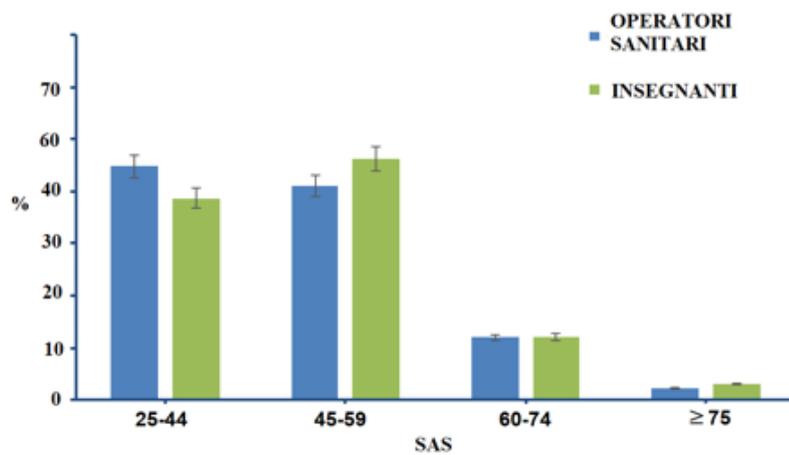
Sintomi di ansia e depressione

Una percentuale considerevole dei partecipanti ha presentato sintomi di ansia, in particolare il 55,22% (N = 74) degli operatori sanitari e il 61,39% (N = 97) degli insegnanti. Sia gli operatori sanitari (circa il 41%) che gli insegnanti (circa il 45%) hanno espresso un lieve stato di ansia durante l'epidemia di COVID-19, come riportato nella figura 1. Inoltre, oltre il 10% sia degli operatori sanitari che degli insegnanti ha ottenuto un punteggio nell'intervallo di ansia moderata e circa il 3% di loro ha espresso ansia grave. I punteggi SAS medi non erano significativamente differenti per i lavoratori sanitari e gli insegnanti, come mostrato nella tabella 3.

Tabella 3. Media dei punteggi e deviazione standard per Self-rating Anxiety Scale (SAS) nei due gruppi. Risultati ANOVA a una via.

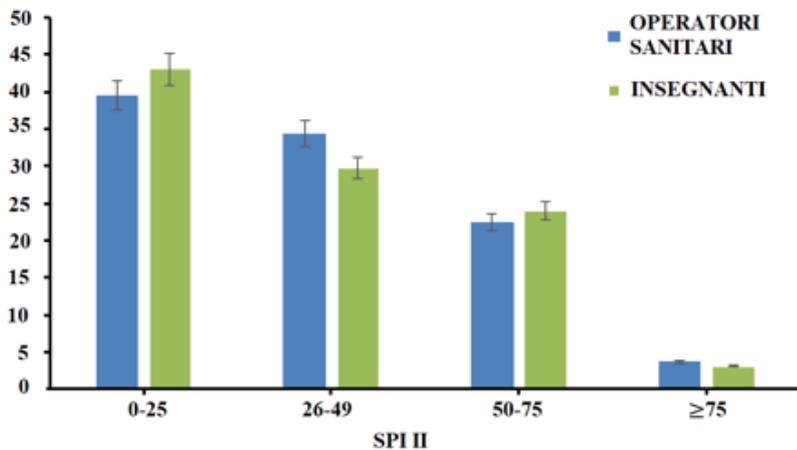
Gruppo	Punteggio	F	p
SAS		1,630	0,203
Operatori sanitari, Media (DS)	47,16 (11,07)		
Insegnanti, Media (DS)	48,52 (11,59)		

Figura 1. L'asse X rappresenta i punteggi dell'intervallo SAS. L'asse Y rappresenta la % degli intervistati. In blu sono indicati gli operatori sanitari e in giallo gli insegnanti



In generale, sia gli operatori sanitari che gli insegnanti non presentavano sintomi depressivi. Solo il 20% sia degli operatori sanitari che degli insegnanti ha manifestato una depressione moderata (punteggio range 60-74) e il 15 ± 3% di loro aveva un punteggio ≥75, ovvero che indicava depressione da moderata a grave, come riportato nella figura 2.

Figura 2. L'asse X rappresenta i punteggi della gamma SDS. L'asse Y rappresenta la percentuale degli intervistati. In colore blu sono indicati gli operatori sanitari e in giallo gli insegnanti.



La Tabella 4 riporta i risultati dell'analisi statistica.

Tabella 4. Media dei punteggi e deviazione standard Self-rating Depression Scale (SDS) nei due gruppi. Risultati ANOVA a una via.

Gruppo	Punteggio	F	p
SDS		0,103	0,748
Operatori sanitari, Media (DS)	47,28 (12,66)		
Insegnanti, Media (DS)	47,51 (12,80)		

Valutazione della qualità del sonno

I punteggi relativi all'indice di valutazione dei problemi di sonno (SPI II) indicano che la maggior parte degli operatori sanitari (circa il 60%) e degli insegnanti (circa il 57%) ha sperimentato problemi di sonno nel periodo della pandemia, come riportato nella figura 3 e nella tabella 5.

Figura 3. L'asse X rappresenta i punteggi dell'intervallo SPI II. L'asse Y rappresenta la percentuale % degli intervistati. In blu sono indicati gli operatori sanitari e in giallo gli insegnanti.

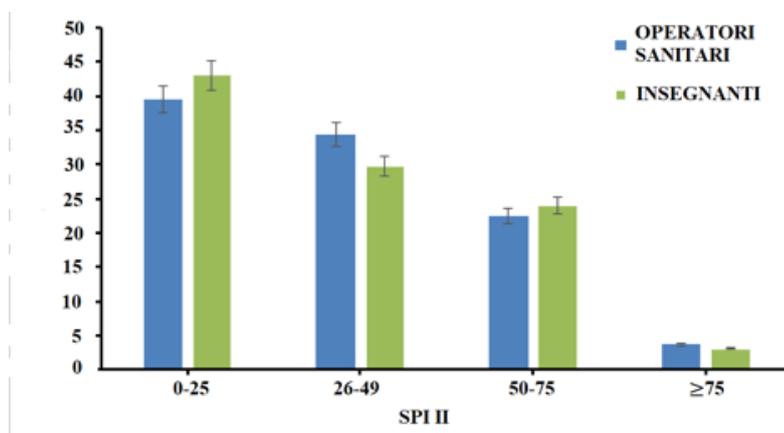


Tabella 5. Punteggio dell'indice dei problemi del sonno (SPI II) e delle ore di sonno. Risultati ANOVA a una via.

Gruppo	Punteggio	F	p
SPI II		0,111	0,739
Operatori sanitari, media (DS)	34,88(21,8)		
Insegnanti, media (DS)	33,51(22,2)		
Ore di sonno		13,470	0,000
Operatori sanitari, media (DS)	6,08(1,3)		
Insegnanti, media (SD)	6,66(1,3)		

Correlazioni I punteggi SPI II, SAS e SDS correlano significativamente sia nel gruppo degli operatori sanitari ($r=0.806^{**}$) che nel gruppo degli insegnanti ($r=0.808^{**}$). Nello specifico, è presente una correlazione significativa tra i punteggi SPI II e SAS, sia per gli operatori sanitari ($r=0,729^{**}$) che per gli insegnanti ($r=0,737^{**}$). Infine, anche tra i punteggi SPI II e SDS si è evidenziata una correlazione significativa per gli operatori della salute ($r=0,728^{**}$) e gli insegnanti ($0,771^{**}$). La correlazione significativa è a 0,01 (a due code **).

Discussione e conclusione

Questo è il primo studio finalizzato a indagare l'impatto psicologico dell'emergenza sanitaria COVID-19 sul personale dell'azienda sanitaria e sul personale scolastico della provincia di Matera. In generale, l'obiettivo è stato quello di osservare le reazioni comportamentali in condizioni di allarme e allontanamento sociale provocate dalla diffusione della pandemia di Coronavirus in un gruppo di professionisti della salute e in un gruppo di insegnanti. In particolare, a questo scopo è stato somministrato un questionario per valutare le possibili differenze sugli effetti psicologici dell'epidemia di COVID-19 tra i due gruppi di lavoratori. Il motivo per il quale è stato scelto questo campione è legato alle specifiche condizioni di lavoro durante il periodo del lockdown. Infatti, gli specialisti della salute si sono trovati improvvisamente a dover riorganizzare i loro spazi di lavoro e le loro attività per garantire la massima protezione e difesa contro le infezioni (Phin et al., 2009; Wong et al., 2020). I docenti, invece,

di fronte alla chiusura improvvisa delle scuole hanno dovuto affrontare una nuova sfida, quella di garantire un apprendimento efficace degli studenti organizzando le lezioni a distanza (Orsini & Rodrigues, 2020). Nello specifico, i risultati dell'indagine aiuteranno a sviluppare una migliore comprensione delle esigenze dei due gruppi di lavoratori per la pianificazione di eventuali interventi psicologici.

I risultati della nostra ricerca rilevano una percezione significativamente più alta, da parte degli operatori sanitari, di essere a rischio di contagio da coronavirus, rispetto agli insegnanti. Infatti, come riportato nella sezione dei risultati, l'82% degli specialisti della salute si sentiva a potenziale rischio di sviluppare la malattia, mentre solo il 38% degli insegnanti esprimeva la stessa percezione. La possibilità di continuare a svolgere il proprio lavoro da casa durante il periodo dell'emergenza sanitaria ha consentito agli insegnanti di essere meno esposti ai contatti sociali rispetto ai professionisti della salute. L'isolamento sociale corrisponde a una forma arcaica di autoprotezione, paragonabile al riflesso di feedback presente nelle specie animali che proteggono il corpo da stimoli minacciosi (Benedetti, 2010). Solo una piccola percentuale di operatori sanitari ha potuto svolgere il proprio lavoro da casa e per un periodo limitato. Secondo studi presenti in letteratura, l'elevata frequenza e intensità dei contatti tra colleghi nell'ambiente ospedaliero li espone a un rischio maggiore di trasmissione di malattie infettive (Bernard et al., 2009; M. I. C. Chen et al., 2010). Gli operatori sanitari che lavorano negli ospedali e negli ambulatori distrettuali possono essere più facilmente in contatto diretto con i pazienti affetti da COVID-19. Il continuo flusso quotidiano di notizie su infezioni e decessi di operatori sanitari potrebbe aver contribuito a una maggiore percezione del rischio (Ayittey et al., 2020). Infatti, come già sottolineato in precedenti ricerche sulla popolazione italiana, anche i media, con la diffusione di notizie drammatiche, contribuiscono a creare una maggiore condizione di allarme e percezione di vulnerabilità nei soggetti intervistati (Motta Zanin et al., 2020). Le evidenze scientifiche hanno mostrato un rischio maggiore di contrarre il virus per gli operatori sanitari, a causa di una maggiore esposizione alla malattia rispetto alla popolazione normale (Chan et al., 2010).

I risultati di questo studio indicano che una percentuale significativa degli specialisti della salute (quasi il 55%) e degli insegnanti (quasi il 61%) ha sperimentato preoccupazione e allarme, come dimostrato dai livelli di ansia rilevati. Questo risultato significativo riflette la necessità di effettuare interventi psicologici sia per i lavoratori della salute che per gli insegnanti. La percezione del pericolo vissuto dagli operatori sanitari, caratterizzato inizialmente da una fase di allarme e poi dall'adozione di nuove procedure basate su una maggiore cautela, ha contribuito a mantenere alto il livello di vigilanza. La conseguente preoccupazione per la protezione dei propri familiari li ha portati a scegliere forme estreme di autoisolamento, tutto ciò può aver contribuito allo sviluppo di una condizione stressante e portato a manifestazioni di disagio psico-emotivo. Come riportato da Bao e collaboratori (2020), si può affermare che l'ampia e rapida diffusione di SARS-CoV-2 ha causato nell'opinione pubblica la preoccupazione di ammalarsi e lo sviluppo di intense reazioni di ansia nelle persone. Nello specifico, nel corso di una pandemia gli operatori sanitari devono affrontare numerosi fattori di stress, come il carico di lavoro pesante, la preparazione inadeguata a soddisfare le esigenze emotive e pratiche dei pazienti, l'esposizione al rischio di contagio per se stessi e l'eccesso di esposizione ai casi di decessi di un gran numero di persone (Sethi et al., 2020). Dato che la maggior parte degli specialisti sanitari si sentiva a rischio per il virus, l'aspettativa era di avere una percentuale più alta di lavoratori con sintomi di ansia in questo gruppo rispetto agli insegnanti, risultato che non abbiamo osservato. È probabile che chi svolge attività lavorative che comportano un contatto più stretto con sospetti portatori di contagio, prenda più precauzioni rispetto al resto della popolazione. Per quanto riguarda il gruppo docenti, la chiusura della scuola ha aumentato l'isolamento sociale e ha richiesto non solo una riorganizzazione del lavoro e l'adozione di tecnologie, ma anche un adattamento a nuove forme di relazione con gli studenti (Sypsa & Hatzakis, 2009; Viner et al., 2020). Lo stato di ansia rilevato negli insegnanti potrebbe essere dovuto sia alla nuova condizione di emergenza sanitaria, sia ai rapidi cambiamenti nel lavoro quotidiano. Gli insegnanti, infatti, rispetto agli operatori sanitari sono meno esposti al rischio di contagio, grazie alla possibilità di svolgere il lavoro da casa. Lo stato di incertezza legato alla pandemia, fa anche sì che sia impossibile avere un piano chiaro per organizzare il lavoro a lungo termine. Gli insegnanti durante il blocco hanno dovuto apprendere e applicare nuove forme di insegnamento, come le lezioni on-line, anche in tempi non canonici e sviluppare

La possibilità di continuare a svolgere il proprio lavoro da casa durante il periodo dell'emergenza sanitaria ha consentito agli insegnanti di essere meno esposti ai contatti sociali rispetto ai professionisti della salute. L'isolamento sociale corrisponde a una forma arcaica di autoprotezione, paragonabile al riflesso di feedback presente nelle specie animali che proteggono il corpo da stimoli minacciosi

L'epidemia di SARS-CoV-2 del 2019 ha innescato disagio emotivo sotto forma di ansia, sintomi depressivi e problemi di sonno tra gli insegnanti e gli operatori sanitari. Comprendere le conseguenze e migliorare la qualità della gestione della pandemia è un terreno di studio particolarmente importante, per contribuire a ridurre al minimo l'impatto psicologico negativo della pandemia sui lavoratori delle istituzioni pubbliche, come quelli delle aziende sanitarie e delle scuole

criteri di valutazione diversi dalle domande o dai compiti in classe. Gli insegnanti, a differenza degli operatori sanitari, che hanno continuato a lavorare nei consueti contesti di vita, hanno sperimentato il lavoro da casa. In effetti, la riorganizzazione del lavoro potrebbe anche essere fonte di stress, poiché il trascorrere la giornata a casa mette l'individuo nella condizione di essere quasi sempre disponibile per il lavoro (Eva & Anderson, 2020). In generale, l'incapacità di avere il controllo su situazioni incerte, come un'emergenza sanitaria, contribuisce a suscitare stati di ansia.

La valutazione dei punteggi ottenuti dai gruppi al SDS indica che circa il 40% degli operatori sanitari e il 44% degli insegnanti ha manifestato sintomi di depressione a causa della diffusione di COVID-19. In generale, la maggior parte degli operatori sanitari e degli insegnanti presentava sintomi lievi di depressione, mentre i sintomi moderati e gravi erano meno comuni tra i partecipanti, ma comunque intorno al 35%. Questo dato è importante per lo screening precoce e la pianificazione di interventi efficaci, anche sui sintomi dell'umore lievi per prevenire nel tempo disturbi psicopatologici e sintomi depressivi cronici (Pappa et al., 2020). In effetti, l'ansia in risposta a una minaccia tende a scomparire alla fine del pericolo, ma la depressione e altri sintomi psicofisici possono persistere per un periodo di tempo più lungo (Adams & Boscarino, 2005).

Secondo un recente studio, i soggiorni domiciliari prolungati sembrano aumentare uno stile di vita sedentario e contribuire al peggioramento delle condizioni di salute, con conseguenti sintomi di ansia e depressione (Chen et al., 2020). Inoltre, le misure di distanziamento sociale utilizzate per far fronte alla situazione straordinaria dell'emergenza sanitaria pubblica, aumentano le distanze tra le persone, determinando una riduzione della comunicazione interpersonale (Brooks et al., 2020). In una situazione di scarsa interazione sociale tra le persone, è più probabile che i sintomi di depressione e ansia si manifestino e peggiorino (Xiao, 2020).

Per quanto riguarda la valutazione della qualità del sonno, i risultati mostrano che gli operatori sanitari e gli insegnanti hanno avuto difficoltà a dormire durante la pandemia da COVID-19. In effetti, la maggior parte degli operatori sanitari e degli insegnanti presentava problemi di sonno, da lievi (quasi il 55%) a gravi (circa il 5%). Secondo studi precedenti, le persone durante il lockdown hanno riportato problemi legati alla qualità del sonno (Pappa et al., 2020; Roy et al., 2020). In particolare, sembra che i livelli di ansia degli operatori sanitari dipendessero sia dalla qualità del sonno che dal supporto sociale ricevuto (Xiao et al., 2020) in un periodo di emergenza sanitaria come il COVID-19. I risultati di questa ricerca evidenziano il basso livello di benessere degli operatori sanitari e degli insegnanti durante la pandemia da COVID-19. Secondo uno studio recente (Xiao et al., 2020), gli specialisti della salute che hanno ricevuto supporto sociale hanno sperimentato una migliore qualità di sonno e livelli di ansia e stress inferiori durante il lockdown. Infine, secondo studi precedenti, un gran numero di operatori sanitari ha sperimentato disturbi dell'umore e problemi di sonno durante il periodo di emergenza sanitaria (Chen et al., 2006; Pappa et al., 2020). I risultati dello studio mostrano la presenza degli stessi disturbi e problemi del sonno anche negli insegnanti, che devono affrontare la nuova sfida del lavoro da casa e possedere, quindi, una buona capacità di adattamento. In generale, i partecipanti a questo studio hanno rivelato un disadattamento psicologico, vale a dire difficoltà ad agire con successo durante la pandemia COVID-19. Inoltre, i risultati delle analisi di correlazione mostrano che, all'aumentare dei livelli di ansia e depressione, aumentavano anche i problemi di sonno.

In conclusione, questo studio, effettuato in una regione del Sud Italia, ha dimostrato che l'epidemia di SARS-CoV-2 del 2019 ha innescato disagio emotivo sotto forma di ansia, sintomi depressivi e problemi di sonno tra gli insegnanti e gli operatori sanitari. Comprendere le conseguenze e migliorare la qualità della gestione della pandemia è un terreno di studio particolarmente importante, per contribuire a ridurre al minimo l'impatto psicologico negativo della pandemia sui lavoratori delle istituzioni pubbliche, come quelli delle aziende sanitarie e delle scuole (Guo et al., 2020). Particolare attenzione dovrebbe essere prestata nel fornire un intervento psicologico ai lavoratori durante un'epidemia, come cure essenziali per soddisfare le esigenze individuali. Il supporto psicologico, infatti, potrebbe rappresentare un intervento fondamentale, sia per garantire il benessere del lavoratore, sia per supportarlo nel complesso processo di adattamento all'emergenza sanitaria.

I leader istituzionali dovrebbero lavorare per rafforzare ed espandere i servizi di supporto psicologico per una possibile futura epidemia infettiva.

- [a] Dipartimento Scienze Mediche di Base, Neuroscienze e Organi di Senso, Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Policlinico Universitario, Bari.
- [b] Unità Operativa Complessa di Psicologia Clinica, Azienda Sanitaria Locale Matera.
- [c] Istituto Comprensivo Giovanni Paolo II e I.I.S. " E. Fermi", Policoro (MT).
- [d] Servizio di Protezione e Prevenzione Matera, ASM, Matera.

RIFERIMENTI

- Adams, R. E., & Boscarino, J. A. (2005). Differences in mental health outcomes among whites, African Americans, and hispanics following a community disaster. *Psychiatry*, 68(3), 250–265. <https://doi.org/10.1521/psyc.2005.68.3.250>
- Allen, R. P., Kosinski, M., Hill-Zabala, C. E., & Calloway, M. O. (2009). Psychometric evaluation and tests of validity of the Medical Outcomes Study 12-item Sleep Scale (MOS sleep). *Sleep Medicine*, 10(5), 531–539. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2008.06.003>
- Ayittey, F. K., Ayittey, M. K., Chiwero, N. B., Kamasah, J. S., & Dzuovor, C. (2020). Economic impacts of Wuhan 2019 nCoV on China and the world. *Journal of Medical Virology*, 92(5), 473–475. <https://doi.org/10.1002/jmv.25706>
- Benedetti, F. (2010). Patient's Brain: The neuroscience behind the doctor-patient relationship - Oxford Medicine. <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199579518.001.0001/med-9780199579518>
- Bernard, H., Fischer, R., Mikolajczyk, R. T., Kretzschmar, M., & Wildner, M. (2009). Nurses' contacts and potential for infectious disease transmission. *Emerging Infectious Diseases*, 15(9), 1438–1444. <https://doi.org/10.3201/eid1509.081475>
- Blendon, R. J., Koonin, L. M., Benson, J. M., Cetron, M. S., Pollard, W. E., Mitchell, E. W., Weldon, K. J., & Herrmann, M. J. (2008). Public response to community mitigation measures for pandemic influenza. In *Emerging Infectious Diseases* (Vol. 14, Issue 5, pp. 778–786). Centers for Disease Control and Prevention (CDC). <https://doi.org/10.3201/eid1405.071437>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: a rapid review of the evidence. In *The Lancet* (Vol. 395, Issue 10227, pp. 912–920). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- 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>
- Cauchemez, S., Ferguson, N. M., Wachtel, C., Tegnell, A., Saour, G., Duncan, B., & Nicoll, A. (2009). Closure of schools during an influenza pandemic. In *The Lancet Infectious Diseases* (Vol. 9, Issue 8, pp. 473–481). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(09\)70176-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(09)70176-8)
- Centre for Health Protection. (2019). CHP closely monitors cluster of pneumonia cases on Mainland. Dec 31. <https://www.info.gov.hk/gia/general/201912/31/P2019123100667.htm>
- Chan, J. F. W., Yuan, S., Kok, K. H., To, K. K. W., Chu, H., Yang, J., Xing, F., Liu, J., Yip, C. C. Y., Poon, R. W. S., Tsoi, H. W., Lo, S. K. F., Chan, K. H., Poon, V. K. M., Chan, W. M., Ip, J. D., Cai, J. P., Cheng, V. C. C., Chen, H., ... Yuen, K. Y. (2020). A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *The Lancet*, 395(10223), 514–523. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30154-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30154-9)
- Chan, Y. J., Lee, C. L., Hwang, S. J., Fung, C. P., Wang, F. Der, Yen, D. H. T., Tsai, C. H., Chen, Y. M. A., & Lee, S. D. (2010). Seroprevalence of Antibodies to Pandemic (H1N1) 2009 Influenza Virus Among Hospital Staff in a Medical Center in Taiwan. *Journal of the Chinese Medical Association*, 73(2), 62–66. [https://doi.org/10.1016/S1726-4901\(10\)70003-4](https://doi.org/10.1016/S1726-4901(10)70003-4)
- Chen, M. I. C., Lee, V. J. M., Barr, I., Lin, C., Goh, R., Lee, C., Singh, B., Tan, J., Lim, W. Y., Cook, A. R., Ang, B., Chow, A., Tan, B. H., Loh, J., Shaw, R., Chia, K. S., Lin, R. T. P., & Leo, Y. S. (2010). Risk factors for pandemic (H1N1) 2009 virus seroconversion among hospital staff, Singapore. *Emerging Infectious Diseases*, 16(10), 1554–1561. <https://doi.org/10.3201/eid1610.100516>
- Chen, P., Mao, L., Nassif, G. P., Harmer, P., Ainsworth, B. E., & Li, F. (2020). Coronavirus disease (COVID-19): The need to maintain regular physical activity while taking precautions. In *Journal of Sport and Health Science* (Vol. 9, Issue 2, pp. 103–104). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2020.02.001>
- Chen, R., Chou, K. R., Huang, Y. J., Wang, T. S., Liu, S. Y., & Ho, L. Y. (2006). Effects of a SARS prevention programme in Taiwan on nursing staff's anxiety, depression and sleep quality: A longitudinal survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), 215–225. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.03.006>
- Coronavirus, firmato il Dpcm 4 marzo 2020 | www.governo.it. (n.d.). Retrieved May 18, 2020, from <http://www.governo.it/it/articolo/coronavirus-firmato-il-dpcm-4-marzo-2020/14241>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Dunstan, D. A., & Scott, N. (2018). Assigning Clinical Significance and Symptom Severity Using the Zung Scales: Levels of Misclassification Arising from Confusion between Index and Raw Scores. *Depression Research and Treatment*, 13.
- Eva, K. W., & Anderson, M. B. (2020). Medical Education Adaptations: Really Good Stuff for educational transition during a pandemic. *Medical Education*, 54(6), 494–494. <https://doi.org/10.1111/medu.14172>
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress and Coping*, 21(1), 3–14. <https://doi.org/10.1080/10615800701740457>
- Germani, A., Buratta, L., Delvecchio, E., & Mazzeschi, C. (2020). Emerging Adults and COVID-19: The Role of Individualism-Collectivism on Perceived Risks and Psychological Maladjustment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3497. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103497>
- 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>
- Hays, R. D., Martin, S. A., Sesti, A. M., & Spritzer, K. L. (2005). Psychometric properties of the Medical Outcomes Study Sleep measure. *Sleep Medicine*, 6(1), 41–44. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2004.07.006>
- Hope, K., Durrheim, D., Barnett, D., D'Este, C., Kewley, C., Dalton, C., Manager, N. W., Kohlhagen, J., &

- Links, J. (2010). Willingness of frontline health care workers to work during a public health emergency. *Australian Journal of Emergency Management*, 25(3), 39–47. <https://jhu.pure.elsevier.com/en/publications/willingness-of-frontline-health-care-workers-to-work-during-a-pub-3>
- Italian National Institute of Health. (2020). EPIDEMIA COVID-19 Aggiornamento nazionale (appendice): 7 maggio 2020.
- Jegede, R. O. (1977). Psychometric attributes of the Self-Rating Anxiety Scale. *Psychological Reports*, 40(1), 303–306. <https://doi.org/10.2466/pr0.1977.40.1.303>
- Jensen, M. P. (2011). Measuring sleep quality. In *The pain stethoscope: A clinician's guide to measuring pain* (pp. 29–31). Springer Healthcare Ltd. https://doi.org/10.1007/978-1-908517-43-2_7
- Kangqi, N., Poon, B. H., Kiat Puar, T. H., Shan Quah, J. L., Loh, W. J., Wong, Y. J., Tan, T. Y., & Raghuram, J. (2020). COVID-19 and the Risk to Health Care Workers: A Case Report. *Annals of Internal Medicine*, 172(11), 766–767. <https://doi.org/10.7326/L20-0175>
- Klompas, M. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Protecting hospitals from the invisible. In *Annals of Internal Medicine* (Vol. 172, Issue 9, pp. 619–620). American College of Physicians. <https://doi.org/10.7326/M20-0751>
- Koporc, Z. (2018). Ethics and Integrity in Health and Life Sciences Research. <https://books.google.it/books?id=FG16DwAAQBAJ&pg=PA41&lpg=PA41&dq=contagion+risk+stressor+health+care+worker&source=bl&ots=TUGIeVjz7p&sig=ACFu3U3Dsjp4jWeiQgK4HbBk-UCsyoUQgw&hl=it&sa=X&ved=2ahUKUWjNq-2XkurpAhWM-6QKHartDWUQ6AEwB3oECAKQAQ#v=onepage&q=contagi>
- Lai, C. C., Shih, T. P., Ko, W. C., Tang, H. J., & Hsueh, P. R. (2020). Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. In *International Journal of Antimicrobial Agents* (Vol. 55, Issue 3). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105924>
- Li, Q., Guan, X., Wu, P., Wang, X., Zhou, L., Tong, Y., Ren, R., Leung, K. S. M., Lau, E. H. Y., Wong, J. Y., Xing, X., Xiang, N., Wu, Y., Li, C., Chen, Q., Li, D., Liu, T., Zhao, J., Liu, M., ... Feng, Z. (2020). Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *The New England Journal of Medicine*, 382(13), 1199–1207. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001316>
- Lin, C. Y., Peng, Y. C., Wu, Y. H., Chang, J., Chan, C. H., & Yang, D. Y. (2007). The psychological effect of severe acute respiratory syndrome on emergency department staff. *Emergency Medicine Journal*, 24(1), 12–17. <https://doi.org/10.1136/emj.2006.035089>
- Lindell, M. K., Perry, R. W., & Prater, C. (2007). *Introduction to emergency management*. Wiley.
- Lu, H., Stratton, C. W., & Tang, Y. W. (2020). Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: The mystery and the miracle. In *Journal of Medical Virology* (Vol. 92, Issue 4, pp. 401–402). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/jmv.25678>
- Mak, I. W. C., Chu, C. M., Pan, P. C., Yiu, M. G. C., & Chan, V. L. (2009). Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *General Hospital Psychiatry*, 31(4), 318–326. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.03.001>
- Marshall, R. D., Bryant, R. A., Amsel, L., Suh, E. J., Cook, J. M., & Neria, Y. (2007). The psychology of ongoing threat: Relative risk appraisal, the September 11 attacks, and terrorism-related fears. In *American Psychologist* (Vol. 62, Issue 4, pp. 304–316). *Am Psychol*. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.4.304>
- Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M., Sadavoy, J., Verhaeghe, L. M., Steinberg, R., & Mazzulli, T. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ*, 168(10), 1245–1251.
- Michelson, L., & Mavissakalian, M. (1983). Temporal stability of self-report measures in agoraphobia research. *Behaviour Research and Therapy*, 21(6), 695–698. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(83\)90089-X](https://doi.org/10.1016/0005-7967(83)90089-X)
- Motta Zanin, G., Gentile, E., Parisi, A., & Spasiano, D. (2020). A Preliminary Evaluation of the Public Risk Perception Related to the COVID-19 Health Emergency in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3024. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093024>
- Nolte, T., Guiney, J., Fonagy, P., Mayes, L. C., & Luyten, P. (2011). Interpersonal stress regulation and the development of anxiety disorders: An attachment-based developmental framework. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 5(SEPTEMBER). <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2011.00055>
- Olatunji, B. O., Deacon, B. J., Abramowitz, J. S., & Tolin, D. F. (2006). Dimensionality of somatic complaints: Factor structure and psychometric properties of the Self-Rating Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(5), 543–561. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.08.002>
- Orsini, C., & Rodrigues, V. (2020). Supporting motivation in teams working remotely: The role of basic psychological needs. In *Medical Teacher*. Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1758305>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Parry, J. (2020). China coronavirus: cases surge as official admits human to human transmission. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 368, m236. <https://doi.org/10.1136/bmj.m236>
- Phin, N. F., Rylands, A. J., Allan, J., Edwards, C., Enstone, J. E., & Nguyen-Van-Tam, J. S. (2009). Personal protective equipment in an influenza pandemic: a UK simulation exercise. *Journal of Hospital Infection*, 71(1), 15–21. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2008.09.005>
- Roy, D., Tripathy, S., Kar, S. K., Sharma, N., Verma, S. K., & Kaushal, V. (2020). Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102083. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102083>
- Sadique, M. Z., Adams, E. J., & Edmunds, W. J. (2008). Estimating the costs of school closure for mitigating an influenza pandemic. *BMC Public Health*, 8(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-135>
- Schlenger, W. E., Caddell, J. M., Ebert, L., Jordan, B. K., Rourke, K. M., Wilson, D., Thalji, L., Dennis, J. M., Fairbank, J. A., & Kulka, R. A. (2002). Psychological reactions to terrorist attacks: Findings from the National Study of Americans' Reactions to September 11. *Journal of the American Medical Association*, 288(5), 581–588. <https://doi.org/10.1001/jama.288.5.581>
- Sethi, B. A., Sethi, A., Ali, S., & Aamir, H. S. (2020). Impact of Coronavirus disease (COVID-19) pandemic on health professionals. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36(COVID19-54). <https://doi.org/10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2779>
- Slovic, P. (2016). The perception of risk. In *The Perception of Risk*. Taylor and Francis Inc. <https://doi.org/10.1080/108014215.2015.108014215>

org/10.4324/9781315661773

- Stewart, A., & Ware, J. (2017). Measuring Functioning and Well-Being: The Medical Outcomes Study Approach. In *Measuring Functioning and Well-Being: The Medical Outcomes Study Approach*. Duke University Press. <https://doi.org/10.7249/cb361>
- Sypsa, V., & Hatzakis, A. (2009). School closure is currently the main strategy to mitigate influenza A(H1N1)v: a modeling study. *Eurosurveillance*, 14(24), 19240. <https://doi.org/10.2807/ese.14.24.19240-en>
- Tarlov, A. R. (1989). The Medical Outcomes Study. An application of methods for monitoring the results of medical care. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 262(7), 925–930. <https://doi.org/10.1001/jama.262.7.925>
- Viner, R. M., Russell, S. J., Croker, H., Packer, J., Ward, J., Stansfield, C., Mytton, O., Bonell, C., & Booy, R. (2020). School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. In *The Lancet Child and Adolescent Health* (Vol. 4, Issue 5, pp. 397–404). Elsevier B.V. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30095-X](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30095-X)
- 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>
- Ware, J. E. J., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483.
- WHO. (2016). *International Health Regulations - Third Edition*. Who, 2005, 84. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Wilson, N., Baker, M., Crampton, P., & Mansoor, O. (2005). The potential impact of the next influenza pandemic on a national primary care medical workforce. *Human Resources for Health*, 3(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-3-7>
- Wong, J., Goh, Q. Y., Tan, Z., Lie, S. A., Tay, Y. C., Ng, S. Y., & Soh, C. R. (2020). Preparing for a COVID-19 pandemic: a review of operating room outbreak response measures in a large tertiary hospital in Singapore. In *Canadian Journal of Anesthesia* (Vol. 67, Issue 6, pp. 732–745). Springer. <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01620-9>
- World Health Organization. (2020a). Coronavirus (COVID-19) events as they happen. Who. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>
- World Health Organization. (2020b). Laboratory testing for coronavirus disease 2019 (COVID-19) in suspected human cases: interim guidance, 2 March 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331329>
- Xiao, C. (2020). A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (COVID-19)-related psychological and mental problems: Structured letter therapy. In *Psychiatry Investigation* (Vol. 17, Issue 2, pp. 175–176). Korean Neuropsychiatric Association. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0047>
- 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 : International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 26, e923549. <https://doi.org/10.12659/MSM.923549>
- Zung, W. W. K. (1965). A Self-Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*, 12(1), 63–70. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008>
- Zung, W. W. K. (1971). A Rating Instrument For Anxiety Disorders. *Psychosomatics*, 12(6), 371–379. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(71\)71479-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(71)71479-0)
- Zung, W. W. K. (1973). From Art to Science: The Diagnosis and Treatment of Depression. *Archives of General Psychiatry*, 29(3), 328–337. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1973.04200030026004>

Psychological impact of the COVID-19 pandemic on health care workers and teachers: an Italian study

The Italian national government adopted restrictive measures to face the public health emergency due to the spread of COVID-19, which required significant changes in people daily life. The main aim of this study was to explore the behavioral consequences and psychological effects of the SARS-CoV-2 pandemic on health care workers and teachers. To this purpose, a questionnaire consisting of standardized tests was administered to assess the level of mental health and sleep quality of these workers of the Matera province (in southern Italy). The participants were 292 workers, 134 healthcare workers and 158 teachers. The significant and sudden changes in working conditions during the COVID-19 pandemic seem to represent a relevant stressor and the differences in the exposition to social contacts could influence the perception of self-risk to the infectious disease. The results reported that the health care workers presented a significantly higher perception of being at risk of SARS-CoV-2 contagion than teachers. Both groups showed relevant symptoms of anxiety, mild depressive symptoms, and sleep problems during the lockdown. The health emergency challenge elicited emotional distress and, generally, lowered the level of individual wellbeing in health care workers and teachers. The findings highlight the necessity to provide and to plan a psychological intervention to ensure and support workers welfare in the complex process of adaptation to possible future pandemics.

KEYWORDS: Health care workers, teachers, COVID-19, anxiety, depression, sleep problems

Effetti psicologici dei social networks durante l'isolamento sociale

Psychological effects of social networks during social isolation

Dopo una rassegna delle ricerche psicologiche sugli effetti positivi dei social networks, e su quelli negativi (ansia e ritiro sociale, immagine di sé e narcisismo, depressione), vengono riportati i risultati di uno studio che si propone di valutare l'impatto psicologico che l'uso delle reti sociali ha avuto durante il periodo di isolamento obbligatorio conseguente alla pandemia da CoVid-19. È stata indagata l'influenza di variabili demografiche (genere e occupazione) e di variabili di personalità e di disagio psicologico. Il campione era composto da 400 persone, di età compresa tra i 12 e gli 80 anni, 228 donne e 172 uomini, tutti utenti di social networks. I risultati dimostrano che le piattaforme digitali durante il periodo di lockdown hanno fornito un contributo positivo nel contrastare il senso di isolamento e il senso di solitudine; tratti di personalità come estroversione, apertura mentale e amicalità sembrano agevolare l'effetto positivo dei social per superare l'isolamento sociale e contrastare la solitudine; questo sembra avvenire soprattutto nei soggetti più ansiosi e tendenti alla depressione dell'umore.

SANTO DI NUOVO*, CAROLINA PATTI**
UNIVERSITÀ DI CATANIA¹

PAROLE CHIAVE: Social networks, Personalità, Ansia, Distanziamento sociale

1. Social networks e vita sociale

I "nuovi media" permettono alle persone di superare i limiti della comunicazione faccia a faccia, soprattutto quelli di carattere spazio-temporale. L'esperienza diretta della relazione viene sostituita con attività cognitive e linguistiche mediate dal mezzo tecnologico, mettendo in discussione la soggettività corporea degli interlocutori, e modificando così la struttura stessa dell'esperienza relazionale.

Su questi temi il principale contributo della psicologia consiste nell'analisi dei processi di cambiamento attivati attraverso l'interazione tra le persone e i new media, con particolare riferimento ai "social networks".

La definizione di social media riguarda le applicazioni basate sui presupposti tecnologici del Web che consentono la creazione e lo scambio di contenuti prodotti e condivisi volontariamente dagli stessi utenti. Consentono la trasmissione di idee, pensieri, opinioni ed eventi che da personali assumono dimensioni pubbliche e permettono di veicolare informazioni e notizie di carattere generale con intensità e velocità, assumendo grande importanza nell'influenzare gli atteggiamenti, le opinioni e i comportamenti di chi è inserito nel sistema sociale (Parlangeli, 2013). Questo

comporta una partecipazione del pubblico molto più attiva rispetto al passato. È proprio quest'ultima caratteristica che li differenzia dai media tradizionali, come la radio o la televisione che offrono solo limitate possibilità interattive (Kaplan e Haenlein, 2010).

Le persone si comportano in modo diverso relativamente all'uso dei mezzi di comunicazione e questo avviene per via delle differenti caratteristiche individuali. Alcuni modelli di ricerca, tra cui quelli che approfondiscono "usi e gratificazioni", si sono concentrati proprio su queste caratteristiche. L'obiettivo comune alla base di questi modelli è «analizzare i motivi che spingono le persone ad usare i mezzi di comunicazione e i bisogni che vengono soddisfatti dall'uso di tali mezzi» (Arcuri, 2013, p. 155). Va analizzato come, fra le tante opzioni di scelta disponibili, le persone sceglieranno e useranno quelle che le gratificano di più.

I social più diffusi nel mondo sono Whatsapp, Instagram, Facebook, Twitter, YouTube, seguiti da Instagram, Pinterest, TikTok. Servono non solo per comunicare tra persone e gruppi, ma anche per condivisione di video e musiche, e scambi professionali. La loro diffusione nel mondo coinvolge milioni di utenti, in tutte le fasce di età, grado di istruzione, condizione sociale. Secondo il report relativo ai dati di diffusione, uso e consumo di Internet e dei social media nel mondo presentato da "Global Digital Overview", gli users su Internet sono 4,5 miliardi, pari al 59% della popolazione totale, ed il 49% della popolazione ha un account su un social network. Rispetto al 2019 questi dati sono in aumento, rispettivamente del +7% gli utenti internet e +9,2% gli utenti attivi su social media. La percentuale di utenti che usano i social media per lavoro è pari al 43%. Il tempo che si passa al giorno navigando nelle reti sociali equivale ad una media di 2,5 ore, prevalentemente speso per scambiarsi messaggi. In Europa, il 60% della popolazione ha un profilo personale in una delle principali piattaforme (69% negli Stati Uniti).

La situazione nel contesto italiano, assumendo come fonte di dati "Digital 2020: Italy", evidenzia che gli utenti di Internet sono 49,4 milioni, con un aumento del 2,4% in un anno (+1,2 milioni); il tempo medio trascorso sulla rete di 6 ore da parte degli utenti di età compresa fra i 16 e i 64 anni. Il numero di utenti attivi sui social media è di 35 milioni e anche questo dato ha visto un significativo aumento del 6,4%. Per quanto riguarda il tempo di uso, si registra una media di quasi due ore al giorno. Le piattaforme social più utilizzate in Italia risultano essere YouTube (88%), Whatsapp (83%), che occupa il primo posto tra le applicazioni di messaggistica, Facebook (80%) e Instagram (64%).

Questi social media hanno caratteristiche e obiettivi diversi, ma alcuni scopi sono comuni e presentano dei limiti rispetto alle tradizionali forme relazionali.

La comunicazione attraverso l'impiego del testo scritto perde tutti i segnali paralinguistici e quelli prossemici tipici della comunicazione umana e questo può condurre a difficoltà nell'interazione, malintesi, ambiguità e scorrette interpretazioni (Lotto & Rumiati, 2013). Per questo motivo sono diffusi gli emoticons, rappresentazioni sintetiche e convenzionali delle emozioni, usate soprattutto nelle chat, consentono di esprimere stati emotivi per colmare la mancanza – tipica della comunicazione scritta - di mediatori non verbali (Walther & D'Addario, 2001).

Anche quando il contatto è mediato da messaggi vocali o video, che consentono di esternare le caratteristiche del linguaggio e alcuni aspetti non verbali, la forzata condizione di asincronia tra espressione e ricezione non consente di surrogare pienamente le interazioni sincrone e in presenza.

A fronte di questi limiti, i vantaggi però sono molteplici.

È possibile eliminare gli spazi fisici e quindi superare la difficoltà di tenersi in contatto con persone care distanti, con molta più intensità e frequenza rispetto ai tradizionali canali telefonici.

Per chi lo desidera o ne ha bisogno, ci si può relazionare con persone sconosciute senza esporsi direttamente in un contatto potenzialmente rischioso, mascherando o addirittura alterando la propria identità e creandone una 'virtuale' che sostituisce quella reale meno soddisfacente. Non mancano però potenziali risvolti negativi, come del resto in tutte le forme di comunicazione: ad esempio la tendenza alla possessività nei confronti di persone care che si pretende di avere sempre a disposizione, o la creazione di falsi sé ai limiti della patologia. Ma di questi rischi gli utenti spesso sono poco consapevoli, valutandone invece solo gli aspetti rassicuranti e gratificanti.

La comunicazione attraverso l'impiego del testo scritto perde tutti i segnali paralinguistici e quelli prossemici tipici della comunicazione umana e questo può condurre a difficoltà nell'interazione, malintesi, ambiguità e scorrette interpretazioni (Lotto & Rumiati, 2013). Per questo motivo sono diffusi gli emoticons, rappresentazioni sintetiche e convenzionali delle emozioni, usate soprattutto nelle chat, consentono di esprimere stati emotivi per colmare la mancanza – tipica della comunicazione scritta – di mediatori non verbali

«Se le trasformazioni delle relazioni sociali supportate dalla “rete” presentano indubbi vantaggi di supporto alla vita quotidiana, possono anche rappresentare un pericolo, soprattutto per i giovani che fanno maggiore uso di queste tecnologie. In particolare il rischio più rilevante «è di affrontare tutte le relazioni interpersonali in modo ‘surreale’», di utilizzare quasi esclusivamente i devices per la gestione delle proprie emozioni e ancora «la crescita esponenziale dei livelli di stress e di ansia libera, dovuti in particolare al fatto di poter essere raggiunti e controllati sempre e comunque, e di poter ugualmente raggiungere e controllare altre persone in qualsiasi luogo e momento»

Per queste ragioni molte persone – specialmente i giovani e i bambini “nativi digitali” – tendono ad abituarsi sempre più a questi nuovi mezzi di comunicazione e a sfruttarne i vantaggi, ma al tempo stesso esponendosi al rischio di assuefazione o vera e propria dipendenza, con gli effetti negativi che questa comporta.

2. Possibili effetti psicologici dell’uso dei social networks

Già un trentennio fa si cominciò a parlare di “dipendenza da Internet” e venne evidenziato il “paradosso di internet”, che estendendo le possibilità di comunicazione riduceva di fatto il coinvolgimento sociale e il benessere derivato dal contatto interpersonale (Kraut, Patterson, Lundmark, Kiesler, Mukopadhyay, & Scherlis, 1988). Da allora la presenza degli smartphone, oltre che dei personal computer portatili e dei tablet, ha modificato le dimensioni e le caratteristiche del problema, aumentando notevolmente le possibilità di rimanere connessi alla rete in qualsiasi momento e in qualsiasi luogo. Telefoni portatili e computer, ormai sempre più diffusi e più semplici da usare per essere alla portata di tutti, hanno servizi e accessori tali da trasformare l’intera dinamica quotidiana e le relazioni sociali di chi ne fa uso.

Modificando il “paradosso” inizialmente affermato, le ricerche hanno dimostrato come l’uso di Internet sia positivamente correlato al coinvolgimento sociale, possa diminuire la percezione della solitudine (Hamburger & Ben-Artzi, 2000) e aumentare la sensazione di supporto (LaRose, Eastin, & Gregg, 2001). Specialmente le persone che sperimentano la solitudine cercano di costruire legami e relazioni nuove attraverso l’universo virtuale (Morahan-Martin & Schumacher, 2003; Skues, Williams, & Wise, 2012). Però altri studi, sottolineando la complessità del problema, hanno dimostrato che, al contrario, può essere proprio l’uso di Internet a causare la solitudine: chi si sente solo usa le sue risorse per stare nel mondo virtuale piuttosto che costruire rapporti in presenza, e questo circolarmente causa più isolamento sociale (Kim, LaRose, & Peng, 2009; Bong- Won & Kun Chan, 2011; Biolcati e Cani, 2015). «Se le trasformazioni delle relazioni sociali supportate dalla “rete” presentano indubbi vantaggi di supporto alla vita quotidiana, possono anche rappresentare un pericolo, soprattutto per i giovani che fanno maggiore uso di queste tecnologie. In particolare il rischio più rilevante «è di affrontare tutte le relazioni interpersonali in modo ‘surreale’», di utilizzare quasi esclusivamente i devices per la gestione delle proprie emozioni e ancora «la crescita esponenziale dei livelli di stress e di ansia libera, dovuti in particolare al fatto di poter essere raggiunti e controllati sempre e comunque, e di poter ugualmente raggiungere e controllare altre persone in qualsiasi luogo e momento» (Marazziti, Presta, Picchetti, & Dell’Osso 2015, p. 78).

Si può arrivare ad una vera e propria dipendenza, dedicando la maggior parte del tempo e delle energie all’uso dello smartphone, al punto da inficiare le principali aree esistenziali come quella relazionale, personale e familiare. Si tratta di dipendenze che modificano il comportamento dell’individuo, esponendolo agli stessi meccanismi impulsivi e compulsivi innescati dall’utilizzo di droghe (Bevelacqua e Chiapasco, 2018).

Secondo Gallo (2017) esistono delle condizioni predisponenti all’insorgenza dell’Internet addiction e queste possono essere le psicopatologie preesistenti. Infatti nell’86% dei casi questa dipendenza è associata a condizioni psicopatologiche o ad altre forme di dipendenza, i problemi personali, per cui il web assume il ruolo di valvola di sfogo alle problematiche e l’illusione che la rete possa fornire le risposte a molti dei bisogni vitali della persona, consentendo pure di sperimentare vissuti ed emozioni protetti dallo schermo.

Tra le caratteristiche che facilitano l’uso abituale delle piattaforme social fino a trasformarla in dipendenza, è l’imprevedibilità del rinforzo atteso: secondo Griffiths (2018) il pensiero anticipatorio della ricompensa produce piacere fisiologico e psicologico che induce l’utente a controllare continuamente i devices per compensare la paura di essere “lasciati fuori” (fear of missing out, FOMO). Questo può avere fondamenti psicobiologici: diversi ricercatori (ad esempio, Casha, Raea, Steela, & Winklerb 2012; Hou, Jia, Hu, Fan, Sun W., Sun T., & Zhang, 2012) hanno verificato che le anomalie del sistema dopaminergico presenti in persone affette da tossicodipendenza si possono riscontrare anche in persone dipendenti da internet.

Questi stati di dipendenza, ben descritti da autori come Young (1998, 2011), non sono però il target della nostra ricerca. In essa piuttosto si è cercato di approfondire

le variabili che possono rendere l'uso dei social media dannoso, anziché vantaggioso, per il benessere psicologico dell'utente.

In letteratura si possono trovare numerosi studi che indagano i costrutti che sono maggiormente legati all'uso di Internet in generale e dei social network in particolare, come l'autostima, l'ansia, i disturbi di personalità, la depressione, il ritiro sociale, l'insonnia e i disturbi alimentari.

Nell'attuale panorama di comunicazione mediata e condotta dalle tecnologie e da Internet, spendere molto tempo sui social network sembra essere un comportamento normale e persino adattivo, soprattutto per i più giovani (Griffiths e Kuss, 2017), motivo per cui le ricerche condotte dagli studiosi per verificare la correlazione tra l'uso delle reti sociali e lo sviluppo di disagi psicologici o di vere e proprie psicopatologie, non si concentra più tanto sul tempo trascorso online, quanto piuttosto sulla qualità del tempo stesso, su che tipo di attività gli utenti svolgono in rete.

La minore frequenza di contatti sociali spinge ad un avvicinamento ai social network, che, al contrario, sembrano trasmettere un forte senso di sicurezza e di socialità. Ma le piattaforme digitali, fondando le basi di un mondo virtuale, consentono sicurezza e relazioni fittizie che, conseguentemente, modificano le dinamiche psico-emotive sia personali sia interpersonali col rischio di sfociare in disfunzioni cognitive e comportamentali, e in menomazioni delle principali aree vitali. Per via della dipendenza dai social network e dai feedback che questi forniscono, esiste la possibilità che progressivamente gli utenti mettano in atto dei comportamenti di evitamento generale nei confronti dei contesti e delle interazioni nella quotidianità, preferendo il contatto virtuale a quello reale. Questo provocherà disagi come isolamento e ansia sociale, depressione, disturbi del sonno (Hawi & Samaha, 2016).

Isolamento, ritiro e ansia sociale

A causa della quotidiana presenza dei social network e dell'essere connessi costantemente, le persone risultano sempre più estraniare dalla realtà che le circonda, poiché si ritrovano immersi nel mondo virtuale e ogni momento libero nella loro giornata è proprio dedicata alle piattaforme digitali, a discapito di ciò che accade attorno a loro (Turkle, 2012) contribuendo all'abbassamento dei livelli di attenzione e concentrazione.

È possibile riscontrare ritiro sociale e sviluppo del senso di isolamento legati all'uso dei network sociali. Questi fenomeni si possono notare con molta facilità prendendo come esempio una qualsiasi situazione sociale che prevede la presenza di tante persone in uno stesso contesto: la maggior parte di loro avrà in mano uno smartphone, come se fosse ormai una parte integrante del proprio corpo, e si ritroveranno tutte insieme, ma in realtà sarà come se fossero da sole, ritirate in un mondo virtuale.

Riprendendo il ben noto termine di Bauman (2002) si parla di società "liquida" in cui le relazioni sono sfuggenti, fugaci e prive di intimità, si tende ad evitare la genuina connessione affettiva tra le persone le quali, di conseguenza, investono meno nei rapporti umani, preferendo investire energie nella creazione di connessioni virtuali. L'uso prevalente dei network può provocare una distorsione dei rapporti sociali in quanto il concetto di "amicizia" non fa più riferimento al legame emotivo e di intimità che si instaura tra le persone, ma è legato all'essere "follower" su Instagram o all'accettare con un click la richiesta d'amicizia su Facebook; in questo modo non si stringono più rapporti basati sulla conoscenza e l'interazione reciproca, ma piuttosto sulla condivisione di post o l'assegnazione di like, senza necessariamente conoscersi di persona.

In caso di disturbo d'ansia sociale (o fobia sociale) i social networks possono svolgere una funzione positiva oppure negativa. Il lato positivo consiste nel fatto che i soggetti ansiosi trovano nelle piattaforme digitali lo strumento utile che li aiuta a socializzare con gli altri utenti e a condividere parti di sé che spesso sono tenute nascoste e che invece riescono ad emergere grazie all'uso delle reti, data la distanza tra il soggetto e gli altri. L'interazione di persona per coloro che soffrono di ansia sociale può apparire così minacciosa da far preferire loro una comunicazione online percepita invece come meno pericolosa e questo li porterà a trascorrere molto tempo sui social. L'aspetto negativo è la tendenza ad isolarsi sempre di più, incrementando l'ansia quando l'incontro con le persone deve avvenire necessariamente in presenza.

L'uso prevalente dei network può provocare una distorsione dei rapporti sociali in quanto il concetto di "amicizia" non fa più riferimento al legame emotivo e di intimità che si instaura tra le persone, ma è legato all'essere "follower" su Instagram o all'accettare con un click la richiesta d'amicizia su Facebook; in questo modo non si stringono più rapporti basati sulla conoscenza e l'interazione reciproca, ma piuttosto sulla condivisione di post o l'assegnazione di like, senza necessariamente conoscersi di persona

Il bisogno di ridefinire continuamente la propria rappresentazione deriva anche dal volersi conformare al canone sociale, a ciò che la società e quindi i followers si aspettano di vedere e si assiste al passaggio da Sé soggetto a Sé oggetto, attraverso l'esposizione della propria immagine, ideale e illusoriamente perfetta, postata sul profilo affinché gli altri possano goderne

Immagine di sé e autostima

Ogni social network, al momento dell'iscrizione, prevede la creazione di un proprio profilo personale attraverso l'inserimento delle credenziali di base come nome, cognome e email, e di una foto che si ritenga rappresentativa. In seguito, il profilo può essere arricchito con qualsiasi altro tipo di informazione che riguarda la persona in senso fisico, condividendo le proprie fotografie o i propri video, e in senso intellettuale, attraverso la condivisione dei propri interessi, pensieri e opinioni.

Dietro questa operazione, si nasconde una grandissima opportunità di espressione per gli utenti i quali hanno la facoltà di scegliere di aggiornare il proprio profilo tutte le volte che lo desiderano e nei modi che preferiscono; hanno la possibilità di creare una loro identità personale enfatizzando le proprie caratteristiche positive e omettendo quelle negative; si può addirittura avviare un processo di costruzione dell'identità la quale si discosta, di poco o di molto, dal Sé reale, per avvicinarsi al Sé ideale, cioè alla persona che si vorrebbe essere. Gli spazi virtuali possono costituire per la propria identità dei "laboratori" (Bruckman, 1992), dove si può sperimentare il modo in cui presentarsi e dove sottoporsi a continue rinegoziazioni della propria immagine. Nasce un Sé diverso, costruito e modificato artificialmente e intenzionalmente in base al contesto e all'uso che se ne vuole fare.

La maggior parte degli utenti crea il proprio profilo rispettando la propria vera immagine, quindi si presentano nel mondo virtuale come effettivamente sono in quello reale; ma anche in questo caso interviene il fattore "scelta", perché è comunque possibile una selezione su cosa si decide di mostrare, nascondendo ciò che non è gradito. I social si trasformano in una sorta di vetrina digitale in cui potersi esibire e mettersi in mostra, in cui ricevere apprezzamenti e commenti con l'obiettivo di rinforzare l'immagine di Sé che si propone.

Il bisogno di ridefinire continuamente la propria rappresentazione deriva anche dal volersi conformare al canone sociale, a ciò che la società e quindi i followers si aspettano di vedere e si assiste al passaggio da Sé soggetto a Sé oggetto, attraverso l'esposizione della propria immagine, ideale e illusoriamente perfetta, postata sul profilo affinché gli altri possano goderne.

I principali social network hanno risposto alla necessità degli utenti di rinegoziare la loro identità inserendo delle funzionalità specifiche (le stories) che consentono di pubblicare contenuti nella propria pagina personale per la durata di 24 ore, in seguito alle quali essi spariscono dalla piattaforma. Appare evidente che in questo modo l'utente può decidere quotidianamente chi vuole essere, cosa vuole mostrare e che messaggio vuole trasmettere. Il giorno successivo sarà nuovamente una pagina bianca pronta a consentire alla persona di reinventarsi continuamente.

La condivisione della propria immagine ha pure il fine di ricevere conferme da parte degli altri sulla nostra identità e su come veniamo percepiti dall'esterno, attribuendo estrema importanza al giudizio altrui. Tramite il proprio profilo social si costruisce una "verità" su se stessi e sulle proprie relazioni con mondo.

Di conseguenza l'autostima e il processo della sua costruzione sono influenzati da quello che accade nella rete. La percezione che ciascuno ha di sé è influenzata dai giudizi altrui, che possono rafforzare o indebolire la propria autostima. La persona si valuta grazie al confronto sociale perché gli altri rappresentano una sorta di specchio attraverso cui l'individuo si guarda, si valuta e si auto-definisce. I social networks incarnano perfettamente la veste di "specchio" per i loro utenti, che in seguito alla pubblicazione della loro immagine ricevono immediatamente - o quasi - un feedback da parte degli altri fruitori della piattaforma. I like o i "cuori" assegnati ad ogni post fungono da approvazione non soltanto al contenuto in sé, ma anche all'identità dell'autore; così tanti "mi piace" e commenti positivi contribuiscono ad accrescere l'autostima e la sicurezza personale dell'individuo, ma allo stesso modo un numero ridotto di like e commenti dispregiativi possono abbassare i livelli di autostima e influenzare negativamente l'umore della persona.

È stato dimostrato che le persone con bassa autostima tendono ad usare maggiormente i social network al fine di migliorare la percezione che hanno della loro immagine attraverso la ricezione di feedback, i quali, inoltre aumentano anche il livello di benessere psicologico generale (Błachnio, Przepiorka, & Rudnicka, 2016). Spesso le persone usano i social network per ottenere una maggiore autostima e/o per sfuggire ai sentimenti di bassa autostima (Andreassen, Pallesen, & Griffiths, 2017).

La conseguenza negativa di questo meccanismo è che gli utenti della piattaforma,

con il passare del tempo, finiscono per legare indissolubilmente la loro autostima solamente alle risposte e ai giudizi che ricevono dagli altri, non sviluppando un loro senso di accettazione autonomo rispetto alla popolarità ricevuta tramite il social. Anche se i feedback sono positivi e quindi l'autostima della persona raggiunge livelli alti, in realtà si sviluppa una falsa sicurezza di sé, che nasconde tutta la sua fragilità nel legame di dipendenza dalle reazioni e giudizi altrui. Per quanto si possa sperimentare una sensazione piacevole, seppur breve, quando si pubblica qualcosa che riceve consenso dagli altri, la valutazione personale non si rafforzerà, ma al contrario si diventerà dipendenti dalle opinioni del pubblico.

Narcisismo digitale

Il termine "narcisismo" viene impiegato per indicare un'elevata preoccupazione o un interesse relativo al Sé, che si può inserire in un continuum che va dalla normalità alla patologia. Alla prima va ricondotto il narcisismo sano tipico di quelle persone carismatiche, assertive e sicure di sé e che sono fortemente determinate, padrone di sé e capaci di una leadership coinvolgente ed empatica (Behary, 2013); all'estremo opposto troviamo il narcisismo "maligno" (Kernberg, 1996) che rappresenta l'aspetto disadattivo caratterizzato da grandiosità, mancanza di sentimenti, perdita di contatto con il sé, distorsione della realtà, senso di onnipotenza, diffidenza verso gli altri, rabbia espressa, mancanza di empatia che può arrivare alla crudeltà e al sadismo. Le caratteristiche della personalità narcisistica includono esibizionismo grandioso, credenze relative al diritto di ricevere riconoscimenti, e tendenza alla manipolazione e allo sfruttamento degli altri.

Si è detto che il mondo virtuale consente di scegliere di essere chi si vuole e non necessariamente essere chi si è davvero, enfatizzando le proprie caratteristiche positive ed omettendo quelle negative, veicolando così un'immagine di sé desiderata seppur non realistica. I social network rappresentano il terreno fertile in cui poter coltivare il proprio Sé ideale desiderato, riconducibile quindi all'identità che un soggetto vorrebbe affermare.

Oggi possiamo parlare di narcisismo digitale, un'espressione attraverso la quale si indicano un insieme di pratiche comunicative che sono tipiche dell'universo digitalizzato e fondate su un egocentrismo molto accentuato al punto da apparire patologico (Zona, 2015).

La condivisione di immagini personali e soprattutto dei cosiddetti selfie, cioè di foto auto-scattate in cui si mostra il proprio viso in primo piano, sempre più diffusi online, sembrano mettere in risalto il bisogno da parte degli utenti di essere guardati e di ricevere attenzioni. È molto probabile l'ipotesi che nella pubblicazione di queste immagini ci sia in gioco l'integrità narcisistica e, quindi, esistenziale dell'autore dello scatto. Il selfie testimonia il desiderio e il piacere di apparire e di mostrarsi, mettendo al centro della scena il proprio volto, una parte di sé valutata come positiva e degna di essere condivisa, alla ricerca di una continua approvazione - attraverso like e commenti - che confermi l'immagine che si vuole dare di sé.

Secondo Buffardi e Campbell (2008) i narcisisti pubblicano sulle loro pagine le foto in cui appaiono più belli e più alla moda; dal numero di "amici", dal tipo di immagini, e dai commenti associati al profilo è possibile valutare in maniera attendibile il grado di narcisismo dell'utente. Gli utenti narcisisti, rispetto agli altri, utilizzano per più tempo durante la loro giornata i social networks e sembra che farsi più selfie rinforzi i tratti narcisistici di personalità (Reed, Bircek, Osborne, Viganò, & Truzoli, 2018).

Il narcisismo digitale si caratterizza per un oversharing, cioè un eccesso nella condivisione di informazioni, situazioni e contesti che diventa un gesto istantaneo e naturale e che rappresenta un'estensione del Sé; ci si mette in mostra in modo spettacolare, e questa esposizione diventa quasi l'unica maniera di esistere, legata all'essere visti e riconosciuti.

Il piacere di parlare di sé agli altri è riconosciuto come bisogno intrinseco e primario. Lo ha confermato un'indagine effettuata con risonanza magnetica funzionale, mediante la quale è stato osservato come nel momento in cui i soggetti si soffermavano a narrare le proprie esperienze, le proprie idee e le proprie emozioni, le regioni cerebrali più reattive erano quelle deputate alla percezione di gratificazione e di piacere (Tamir & Mitchell, 2012).

In particolare, è stata verificata una relazione stretta fra le attività delle ragazze sui

La condivisione di immagini personali e soprattutto dei cosiddetti selfie, cioè di foto auto-scattate in cui si mostra il proprio viso in primo piano, sempre più diffusi online, sembrano mettere in risalto il bisogno da parte degli utenti di essere guardati e di ricevere attenzioni. È molto probabile l'ipotesi che nella pubblicazione di queste immagini ci sia in gioco l'integrità narcisistica e, quindi, esistenziale dell'autore dello scatto. Il selfie testimonia il desiderio e il piacere di apparire e di mostrarsi, mettendo al centro della scena il proprio volto, una parte di sé valutata come positiva e degna di essere condivisa, alla ricerca di una continua approvazione - attraverso like e commenti - che confermi l'immagine che si vuole dare di sé

In concomitanza alla diffusione di Internet e all'uso dei network sociali è stato riscontrato anche un aumento dei casi di depressione e di altri disturbi dell'umore soprattutto tra gli adolescenti, e – pur riconoscendo la presenza di fattori sovraordinati – si è indagata l'ipotesi di una correlazione tra l'utilizzo dei social network e l'umore depresso

social network e la loro percezione dell'immagine corporea. Un'elevata esposizione a contenuti relativi all'aspetto estetico risulta positivamente correlata ad un incremento nei disturbi dell'immagine corporea che nascono dall'interiorizzazione dell'ideale mediatico e del desiderio di essere più magre (Meier & Gray, 2014).

Alla luce delle evidenze citate, non si può trascurare la possibilità di impatto negativo che i social network possono avere nei processi di costruzione dell'identità psichica e fisica degli utenti e nello sviluppo di problematiche connesse.

Depressione

La depressione è un disturbo del tono dell'umore, funzione psichica importante per l'adattamento. In genere l'umore è flessibile: volge verso l'alto quando la persona vive situazioni piacevoli e inclina verso il basso in condizioni negative. Il soggetto che soffre di depressione non gode di questa flessibilità, ma il suo umore è perennemente flesso verso il basso, indipendentemente dalle situazioni esterne. La persona che presenta i sintomi della depressione manifesta frequenti stati di insoddisfazione e tristezza, convive con il costante malumore e con pensieri negativi circa sé, le proprie relazioni e il proprio futuro.

Oltre la deviazione dell'umore, Beck e Alford (2009) riconoscono l'esistenza di altre componenti che caratterizzano il disturbo: sentimenti di solitudine e apatia; concetto di sé negativo e associato a colpevolizzazione; desideri regressivi e auto-punitivi; cambiamenti del sistema vegetativo come anoressia, insonnia o perdita di libido; cambiamenti nel livello di attività come ritardo o agitazione.

Al di là della descrizione generica della sindrome, in base alla classificazione presentata dal DSM-5 (2013) si può parlare di depressioni al plurale, perché esistono diverse tipologie di disturbi depressivi: dalla depressione maggiore, al disturbo depressivo persistente, al disturbo dell'adattamento con umore depresso, presente anche in persone senza sintomi gravi e conclamati.

In concomitanza alla diffusione di Internet e all'uso dei network sociali è stato riscontrato anche un aumento dei casi di depressione e di altri disturbi dell'umore soprattutto tra gli adolescenti, e - pur riconoscendo la presenza di fattori sovraordinati - si è indagata l'ipotesi di una correlazione tra l'utilizzo dei social network e l'umore depresso. Diversi studi si sono posti quest'obiettivo ed è stato mostrato come la correlazione esiste, ma ci si chiede quale sia la relazione causale tra le due variabili, se è l'eccessivo utilizzo dei social a creare il terreno per lo sviluppo della patologia, o se sono i soggetti depressi che tendono a usare eccessivamente la piattaforma.

Alcune problematiche psicologiche possono essere considerate sia predittori, sia conseguenze dell'uso problematico di Internet e possono aumentare il rischio di sintomi depressivi: persone depresse sono più propense all'utilizzo dei social e chi ha un utilizzo problematico di questi media manifesta più frequentemente depressione (McCrae, Gettings, & Purcell, 2017; Radovic, Gmelin, Stein, & Miller 2017).

Durante l'uso dei social network è possibile che si attivi il "contagio emotivo", fenomeno studiato in relazione ai rapporti reali, ma che sembra sia presente anche nel mondo virtuale. In particolar modo, risultano essere contagiosi i contenuti emotivi negativi trasmessi da post condivisi online (Ferrara & Yang, 2015), soprattutto se legati alle "bolle culturali virtuali". Queste ultime vengono individuate grazie agli algoritmi presenti in ogni applicazione con lo scopo di comprendere e memorizzare il tipo di interazione avviata dall'utente. In questo modo saranno fornite sempre le stesse categorie di contenuti per cui il soggetto ha mostrato interesse, perché lo scopo è quello di coinvolgere l'utente in modo tale da farlo rimanere il più a lungo possibile nella piattaforma.

L'interagire con determinate categorie comporta la formazione della bolla culturale virtuale: se ad esempio si cerca un articolo sull'estinzione degli animali, informazioni sulla fame nel mondo e sulla morte di qualcuno, gli algoritmi prendono nota di queste interazioni e in seguito mostreranno i contenuti più negativi su questi argomenti, visto l'interesse dimostrato. Combinando le "bolle virtuali" e il contagio emotivo negativo, si attiva una forte influenza sullo stato emotivo della persona, che tenderà a flettere verso il basso.

Spesso nelle piattaforme digitali i contenuti condivisi rimandano alla bellezza, alla felicità, alla perfezione e alla soddisfazione di ciò che si è e si fa. Si scelgono accuratamente i contenuti da mostrare affinché il messaggio trasmesso dalle proprie

condivisioni sia il più positivo possibile. Ma cosa succede a chi guarda questi post? Gli utenti più fragili si ritrovano ad osservare un'illusione di benessere a livelli tali da apparire irraggiungibile: gli altri sembrano sempre migliori, più in forma e più contenti, e questo genera sentimenti negativi come gelosia, invidia, inadeguatezza, tristezza e insoddisfazione che abbassano l'umore.

Uno studio effettuato dalla Royal Society for Public Health (2017) ha testato l'impatto psicologico dei social network sugli adolescenti ed è stato rilevato come quasi tutte le reti sociali possono avere influenze negative sul benessere psicologico. Più alto è il numero di social utilizzati dalla singola persona, maggiori sono le probabilità di avere disturbi dell'umore. Ma anche questa ricerca lascia aperto l'interrogativo sulla relazione tra depressione e uso dei social: non si può dedurre se i social causino depressione, o meglio se pongano le basi per lo sviluppo del disturbo e quindi ne agevolino la manifestazione, oppure se sono le persone depresse a usare eccessivamente i network perché trovano in essi una valida alternativa per alleviare il dolore e per fuggire dal senso di vuoto. L'ipotesi è che più ci si rifugia nella rete, più si rischia di aumentare i sintomi depressivi, dando vita a un circolo vizioso.

Sono necessari altri studi più approfonditi sul fenomeno per dare risposta ai quesiti in sospeso sulla relazione tra le due variabili.

3. L'isolamento sociale conseguente al COVID e l'uso dei social networks

Le settimane di confinamento per la pandemia sono state caratterizzate per molte persone da un senso di paura, di ansia e di solitudine oltre che da un totale stravolgimento dei ritmi di vita e delle abitudini. Dovendo trascorrere in casa le giornate, molti si sono adattati allo smart working, svolgendo le loro mansioni a distanza attraverso l'ausilio del computer, mentre altri si sono ritrovati senza lavoro; qualcuno è rimasto lontano dai propri cari e ha trascorso da solo il lockdown, altri hanno condiviso spazi ristretti con numerosi familiari; c'è chi ha passato tanto tempo in cucina e chi invece si è dedicato alla ginnastica; alcuni hanno aumentato la lettura di libri, altri della visione di tv e film. Ma quasi tutti hanno passato più tempo sui social networks, e diverse ricerche hanno registrato l'aumento del numero di utenti iscritti alle piattaforme digitali e del tempo speso navigando in esse.

A livello mondiale, i dati dell'analisi presentati da Digital 2020, riferiti allo scorso aprile, mostrano che nei paesi in cui sono state imposte le restrizioni di sicurezza per contenere il virus sono aumentati gli utenti globali di Internet e i tempi di permanenza sui social network. L'uso dello smartphone è aumentato per il 76% del campione complessivo, soprattutto in Paesi più dipendenti dai social come le Filippine, il Brasile e il Sudafrica; i Paesi che, invece, hanno registrato meno dipendenza sono il Giappone e la Germania. In Italia il 45% degli utenti afferma di aver aumentato l'uso delle reti sociali. Gli utenti italiani hanno mostrato un particolare apprezzamento per le videochiamate collettive, effettuate tramite Facebook, Instagram e Whatsapp, un dato che si evince dall'aumento a marzo 2020 dell'utilizzo delle piattaforme di chiamata di oltre il 1000%.

Le ricerche effettuate da Comscore riportano un aumento progressivo della fruizione dei social network, registrando un'accelerazione nelle settimane immediatamente successive al blocco: già a partire dai primi di marzo si è avuta un'intensificazione del traffico che è arrivata ad un aumento del 90% rispetto alla prima settimana di gennaio. Altri dati evidenziano che dall'inizio dell'emergenza il 64% degli italiani ha incrementato la fruizione dei contenuti online, il 62% l'uso delle chat e il 42% ha fatto ricorso a videoconferenze per uso professionale. Un'ulteriore analisi riguarda l'aumento dei social che incorporano una funzione di intrattenimento e si riportano come esempi TikTok, applicazione che risulta essere la più scaricata (oltre 1,6 milioni di volte, un incremento del 50%) e Instagram (oltre 1,1 milioni). Per quanto riguarda Whatsapp si evidenzia soprattutto l'aumento del tempo speso sull'applicazione, salito a 55 minuti a persona al giorno.

In situazione di isolamento, la percezione degli italiani dell'utilità della tecnologia è sicuramente cambiata, dato che i devices e i social network ad essi associati sono diventati i principali strumenti per combattere la solitudine e l'isolamento.

Attraverso le reti sociali sono stati diffusi messaggi di solidarietà e di sostegno reciproco, di amore, di forza e di speranza, sono nate numerose iniziative per divertirsi, intrattenersi e tenersi compagnia durante le lunghe giornate trascorse in casa e parec-

In situazione di isolamento, la percezione degli italiani dell'utilità della tecnologia è sicuramente cambiata, dato che i devices e i social network ad essi associati sono diventati i principali strumenti per combattere la solitudine e l'isolamento.

Attraverso le reti sociali sono stati diffusi messaggi di solidarietà e di sostegno reciproco, di amore, di forza e di speranza, sono nate numerose iniziative per divertirsi, intrattenersi e tenersi compagnia durante le lunghe giornate trascorse in casa e parecchie sono state le proposte a favore delle persone sole o a rischio, come per esempio la divulgazione delle raccolte fondi

chie sono state le proposte a favore delle persone sole o a rischio, come per esempio la divulgazione delle raccolte fondi. I social hanno contribuito anche alla didattica a distanza, e sono nati gruppi di contatto tra genitori e insegnanti. Sono stati usati anche da canali istituzionali per contrastare in modo capillare la diffusione di fake news. Appare evidente, così, che i social network abbiano assunto un ulteriore significato basato sullo spirito della vicinanza e della utilità per la comunità sociale.

Come abbiamo visto, la ricerca pregressa ha dimostrato che i social network, in generale, tendono ad allontanare dall'ambiente relazionale esterno favorendo il ritiro in quello digitale, e producendo quindi la tendenza ad una forma di isolamento sociale. Paradossalmente però, in tempi di forzato isolamento - per le restrizioni dovute alla pandemia, ma anche per condizioni personali contingenti come una malattia o un trasferimento in luoghi diversi da quelli abituali - la rete sociale può essere di aiuto per riprendere un contatto relazionale altrimenti impossibile. È importante approfondire a che condizioni questo avviene, e con quali esiti sul piano psicologico.

4. La ricerca

Obiettivi e ipotesi

La ricerca sperimentale che qui presentiamo si è posta l'obiettivo di valutare l'impatto psicologico che i social networks hanno avuto durante il periodo di isolamento obbligatorio.

L'ipotesi è che l'uso delle piattaforme digitali in condizioni di emergenza, anziché evidenziare i potenziali aspetti negativi che la letteratura - come si è visto - attribuisce all'uso intensivo dei social, abbia invece aiutato a combattere il senso di isolamento e solitudine causato dalle misure di distanziamento obbligatorio.

Lo scopo della ricerca è anche valutare se variabili demografiche quali il genere e la professione dei partecipanti e variabili di personalità e di disagio psicologico hanno influenzato gli effetti dell'uso delle reti sociali, e in particolare, verificare quali variabili di personalità siano maggiormente connesse all'importanza attribuita ai social e al loro uso come supporto psicologico durante l'emergenza.

Campione e procedura

Il campione è composto da 400 persone, utenti di social networks, di età compresa tra i 12 e gli 80 anni, 228 donne (età media 31,02 anni (dev.st. 11,45) e 172 uomini, età media 36,42 anni (dev.st.14,27).

Riguardo alla variabile occupazione, i partecipanti erano: lavoratori (n=210), disoccupati (n=31), pensionati (n=11), casalinghe (n=21), studenti (n=127).

Il questionario è stato creato tramite la piattaforma Moduli di Google ed è stato diffuso via Internet con l'ausilio dei social networks, attraverso i quali è stato condiviso e inoltrato il link della ricerca.

I soggetti hanno scelto volontariamente di prendere parte al progetto di ricerca (prestando consenso informato prima dell'esecuzione), hanno auto-compilato il questionario con il proprio smartphone, tablet o computer, e le risposte sono state automaticamente registrate dalla piattaforma.

Strumenti

Il questionario usato era composto da diverse sezioni, contenenti la richiesta di informazioni relative a:

- Età, genere e occupazione del partecipante.
- Uso dei social networks in termini quantitativi e qualitativi: quali sono le piattaforme più utilizzate, quanto tempo viene loro dedicato mediamente al giorno, quali sono i principali motivi che spingono a prendere parte delle reti sociali, e l'importanza attribuita alla presenza dei social networks nella società odierna.
- Uso dei social network ai tempi del CoViD-19: possibili cambiamenti nei tempi e nei modi di impiego delle piattaforme; quanto si ritiene che i social abbiano contribuito positivamente ad affrontare il periodo di lockdown e, nello specifico,

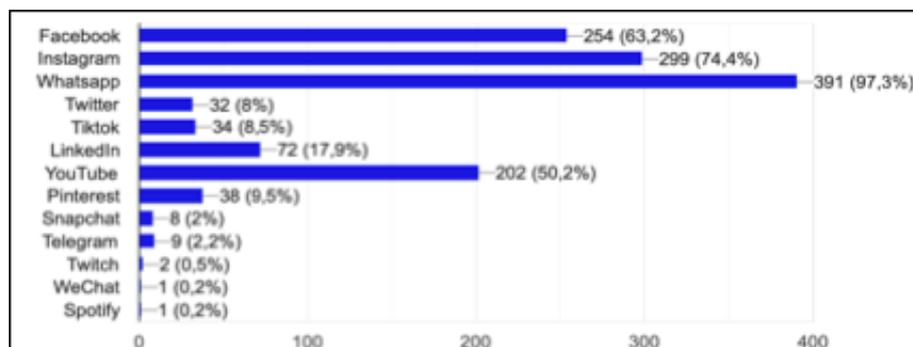
quanto abbiano aiutato a contrastare il senso di isolamento e di solitudine durante il distanziamento fisico forzato.

La sezione successiva includeva alcuni strumenti diagnostici:

- il 10-item Big Five Inventory (Guido, Peluso, Capestro, & Miglietta, 2015), una versione ridotta del Big Five Questionnaire, che misura i cinque fattori di personalità dedotti dalla teoria dei Five Personality Factors (McCrae & Costa, 1987). I tratti indagati sono l'amicizia, la coscienziosità, l'estroversione, la stabilità emotiva e l'apertura mentale. I soggetti devono esprimere il grado d'accordo ad ogni affermazione presentata su una scala a cinque livelli, in cui "per niente d'accordo" equivale a 1 punto e "del tutto d'accordo" corrisponde a 5 punti. Il punteggio finale si ottiene sommando i punti ottenuti a ciascun item, tenendo però conto che gli item reversed richiedono l'inversione del punteggio in fase di scoring.
- le scale STAI State-Trait Anxiety Inventory (X2 e X1) di Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, e Jacobs (1983), che valutano l'ansia di tratto, cioè intesa come disposizione stabile della persona, e l'ansia di stato, vale a dire i livelli di ansia determinati da un particolare momento o legati a una situazione specifica che crea una rottura dell'equilibrio emotivo della persona, intesa quindi come una reazione alle circostanze (nel nostro caso il periodo di lockdown per CoViD). In entrambi i casi le risposte vanno date su una scala a 4 punti da "quasi mai", a "quasi sempre".
- il Beck Depression Inventory nella versione di 13 item (Beck & Beck, 1972), forma breve del BDI basato sul modello dei disturbi depressivi di Beck. Il test è uno strumento self-report composto da 13 gruppi di frasi che esplorano gli atteggiamenti e i sintomi caratteristici della depressione; viene richiesto al soggetto di leggere le quattro frasi che compongono ciascun gruppo e di scegliere quella che meglio descrive come ci si è sentiti nelle ultime due settimane. All'interno della presente ricerca, invece, è stato chiesto ai soggetti di rispondere agli item tenendo conto specificamente delle settimane trascorse in lockdown. Per la valutazione ad ogni frase di ciascun gruppo di risposte è assegnato un punteggio che va da 0 a 3, pertanto il punteggio totale può variare da 0 a 39 punti. Un punteggio uguale o maggiore di 30 punti è indicatore di patologia depressiva. Nessuno dei partecipanti alla ricerca ha ottenuto punteggi che raggiungono questa soglia, confermando l'assenza nel campione di soggetti con patologie depressive conclamate, anche durante il periodo di forzato isolamento; la variabile in questione può essere definita pertanto come "tendenza all'umore depressivo", connessa al periodo critico attraversato.

Dalle prime sezioni del questionario emerge che il 98,5% del campione utilizza abitualmente i social networks in quanto ritiene molto importante la loro presenza all'interno della società odierna. I dati relativi ai social più utilizzati (grafico 1) confermano solo parzialmente le indagini condotte dal Global Digital Interview, poiché ad avere il primato di piattaforma più usata risulta essere Whatsapp (97,3%), così come riportato dalla già citata ricerca nazionale; nel nostro campione si posiziona al secondo posto Instagram (74,4%), al terzo Facebook (63,2%) e solo al quarto YouTube (50,2%).

Grafico 1: Social networks maggiormente utilizzati (possibili più risposte)



È stato chiesto al campione di definire, su una scala a dieci livelli, quanto ritiene di partecipare attivamente all'interno delle piattaforme digitali ad esempio pubblicando

Tra le motivazioni che più spingono i partecipanti a prendere parte alle reti sociali digitali sono principalmente indicati il desiderio di rimanere in contatto con gli amici, i motivi lavorativi, il consultare notizie e l'uso dei social come fonte di svago e passatempo e secondo il 63,9% dei soggetti, durante il periodo di isolamento forzato non sono cambiati i motivi per cui i social networks sono stati utilizzati. Il 43% dei partecipanti ritiene che durante l'isolamento i social networks non hanno influenzato o modificato la propria vita quotidiana, ad esempio nelle abitudini alimentari, nell'attività fisica o negli acquisti online

video sui propri profili, condividendo fotografie o scrivendo commenti a post altrui. Il risultato complessivo mostra che a collocarsi sotto il punteggio 5, e quindi ad essere poco attivi, è il 46% del campione, mentre il 54% ha selezionato 6 o più.

Per quanto riguarda il tempo trascorso in rete la maggior parte del campione dichiara di passare abitualmente tra 1 e 4 ore al giorno sui social. In dettaglio, il 15,7% dei casi degli intervistati trascorre abitualmente meno di un'ora al giorno, il 36,3% ne trascorre una o due, il 32,6% fra tre e quattro e il 15,4% più di quattro ore.

Durante il periodo di isolamento obbligatorio il 65,9% degli intervistati dichiara di aver trascorso più tempo sui social networks, per il 28,6% il tempo è rimasto invariato, mentre solo il 5,5% sostiene di aver passato meno tempo sulle piattaforme digitali.

Tra le motivazioni che più spingono i partecipanti a prendere parte alle reti sociali digitali sono principalmente indicati il desiderio di rimanere in contatto con gli amici, i motivi lavorativi, il consultare notizie e l'uso dei social come fonte di svago e passatempo e secondo il 63,9% dei soggetti, durante il periodo di isolamento forzato non sono cambiati i motivi per cui i social networks sono stati utilizzati.

Il 43% dei partecipanti ritiene che durante l'isolamento i social networks non hanno influenzato o modificato la propria vita quotidiana, ad esempio nelle abitudini alimentari, nell'attività fisica o negli acquisti online.

La maggioranza del campione sostiene che le piattaforme digitali hanno fornito un apporto positivo durante le settimane trascorse in lockdown. In particolare i partecipanti dichiarano che i social networks hanno fornito un contributo significativo sia per quanto riguarda il ridurre il senso di isolamento, sia per la riduzione del senso di solitudine (il 78% ha attribuito, su una scala a 10 punti, un punteggio superiore a 5; il 36% maggiore di 7).

Analisi di confronto fra gruppi

È stata effettuata un'analisi mediante il test t di Student per evidenziare eventuali differenze statisticamente significative, presenti nel campione sulla base del genere e dello status occupazionale.

Sono emerse differenze significative solo per quanto riguarda il tempo trascorso al giorno sui social networks (uomini: media 2,36, d.s. 0,94; donne: media 2,55, d.s. 0,92; $t=-2,05$, $p<0,05$) e le influenze o modifiche della quotidianità derivate dal loro uso (uomini: media 0,33, d.s. 0,58; donne: media 0,67, d.s. 0,52; $t=-2,84$, $p<0,001$). Risulta che le donne passano mediamente più tempo al giorno online nelle piattaforme digitali e la loro vita quotidiana è più soggetta a subire influenze o modifiche per opera dei social networks rispetto agli uomini. Nessuna altra differenza tra i due generi risulta statisticamente significativa, a parte quelle (usuali in letteratura) nei punteggi di ansia e depressione, superiori nelle donne come previsto in base alla taratura dei rispettivi test.

Sono state verificate statisticamente, mediante analisi della varianza, anche le differenze tra le diverse categorie occupazionali.

Per quanto riguarda l'importanza assegnata ai social networks pensionati (media 8,36) disoccupati (8,06), studenti (7,99), lavoratori (7,70), casalinghe (6,90). Le differenze sono statisticamente significative ($F= 2,67$; $p<0,05$).

Per quanto riguarda il tempo medio ($F=10,16$; $p<0,01$) si evince che ad attribuire significativamente maggiore importanza alle reti sociali digitali sono i disoccupati (media 2,81 ore giornaliere), poi gli studenti (2,76), i lavoratori (2,35), i pensionati (1,91) e infine le casalinghe (1,71).

Sono state evidenziate anche delle differenze tra le categorie per quanto riguarda l'uso dei social network per contrastare i problemi dell'isolamento e della solitudine causate dal lockdown. I dati dimostrano che è la categoria dei pensionati a ritenere più utile il contributo delle piattaforme digitali; dopo di loro, ad avere una buona considerazione dei social networks per superare il senso di isolamento sono i disoccupati, e per il senso di solitudine sono le persone che lavorano in casa. Queste differenze, però, non raggiungono la soglia della significatività statistica.

Analisi correlazionali

L'analisi delle correlazioni tra le variabili è stata eseguita tramite il coefficiente di Pearson. Vengono di seguito riportate e commentate, separatamente per i due generi, le correlazioni statisticamente significative per $p < .05$.

Nel campione maschile l'età correla significativamente con i fattori BFQ amicalità ($r=0,16$), coscienziosità (0,22), stabilità emotiva (0,18).

L'importanza attribuita ai social networks è connessa con l'apertura mentale (0,19) ma anche con l'ansia sia di stato (0,20) che di tratto (0,22).

Analogo trend si verifica riguardo il tempo abitualmente trascorso all'interno delle reti sociali digitali (0,18 con apertura mentale, 0,31 e 0,26 con ansia di stato e tratto) ma anche con la tendenza all'umore depressivo (0,36).

Il grado di partecipazione attiva all'interno delle piattaforme online correla con l'estroversione (0,18) e l'apertura mentale (0,22) ma anche con l'ansia di tratto (0,17). Soltanto all'ansia di tratto (0,19) è invece legata la variazione del tempo passato sui social durante il periodo di isolamento forzato.

Nessuna variabile appare significativamente connessa al numero di persone coabitanti in casa durante il lockdown.

Le influenze o modifiche della vita quotidiana generate dall'uso dei networks sono riportate maggiormente dai soggetti più tendenti alla depressione (0,35) e più ansiosi per la situazione contingente (0,20).

Hanno registrato una variazione dei motivi di utilizzo delle reti online solo i soggetti più inclini alla depressione dell'umore durante la restrizione obbligatoria (0,29).

Un maggiore contributo positivo ritengono abbiano ricevuto dai social networks durante la pandemia i soggetti di genere maschile più estroversi (0,18) e stabili emozionalmente (0,24).

L'apporto per contrastare l'isolamento è stato apprezzato soprattutto dai soggetti più mentalmente aperti (0,33) ma anche più ansiosi per la situazione (0,20); il contrasto della solitudine è invece valutato maggiormente, oltre che dai soggetti più aperti mentalmente (0,26) anche da quelli col tratto di amicalità più elevato (0,21).

Il pattern di correlazioni è alquanto diverso nel campione femminile.

L'età correla con amicalità (0,27) e coscienziosità (0,27) come negli uomini, ma non con la stabilità emotiva.

I fattori di personalità appaiono meno coinvolti: estroversione e apertura mentale correlano con la partecipazione attiva ai social (rispettivamente 0,25 e 0,17); la stabilità emotiva con la numerosità dei membri familiari coi quali convivere durante il lockdown (0,17).

Come nei maschi, il contributo dei social al contrasto della solitudine è percepito maggiormente (0,14) dalle donne con più elevato tratto di amicalità.

Le altre variabili nel campione femminile sono correlate significativamente soprattutto con l'ansia di tratto: importanza attribuita ai social (0,19), tempo giornaliero trascorso (0,17), aumento del tempo di uso dei social durante il CoViD (0,21). Queste variabili sono connesse anche alla tendenza alla depressione dell'umore (rispettivamente $r=0,26$, 0,29 e 0,20).

Sono le più ansiose tra le donne ad aver cambiato i motivi di uso dei social (0,19), a valutare più positivamente il contributo del loro uso (0,14), in particolare per superare la sensazione di isolamento (0,18) e di solitudine (0,21); per quest'ultima variabile incide anche la tendenza depressiva (0,17).

Analisi di predittività

Per le variabili nelle quali non si erano verificate differenze significative tra generi (importanza attribuita ai social networks; cambiamenti nel loro uso durante il periodo di distanziamento; uso dei social networks per contrastare l'isolamento e la solitudine) sono state compiute, nel campione totale, quattro distinte analisi di regressione multipla per verificare quali tratti di personalità fossero maggiormente predittivi rispetto a ciascuna delle variabili target. I risultati sono esposti nella tabella 1.

Tab. 1 - Analisi di regressioni multipla dei fattori di personalità (predittori) sulle variabili dipendenti: (1) importanza attribuita ai social networks in generale; (2) cambiamenti nell'uso dei social durante il periodo di distanziamento; uso dei social networks (3) per contrasto dell'isolamento; (4) per contrasto della solitudine.

Lo studio rivolto a valutare l'impatto psicologico che i social networks hanno avuto durante il periodo di isolamento obbligatorio ha evidenziato che essi sono stati uno strumento importante per affrontare il disagio causato dal CoViD-19. Durante il lockdown il tempo abitualmente trascorso al giorno dagli utenti nelle reti digitali è aumentato; i partecipanti alla ricerca si sono dichiarati, per la maggior parte, come utenti attivi nella rete, e non ritengono che in periodo di quarantena i networks abbiano interferito negativamente con la loro quotidiana. In particolare le donne hanno trascorso più tempo a navigare nelle reti sociali online e ne subiscono maggiormente le influenze

Dalle analisi di regressione multipla si rileva che l'importanza attribuita ai social è predetta dalla estroversione, ma anche dall'ansia e dalla tendenza alla depressione. Ansia di tratto e umore depresso, insieme all'apertura mentale, sono predittivi dei cambiamenti nell'uso. Estroversione, apertura mentale e ansia di stato e di tratto favoriscono l'uso dei social per contrastare l'isolamento, mentre il contrasto della solitudine appare essere favorito congiuntamente da amicalità e ansia stabilizzata

Tabella 1.

	(1) Importanza social	(2) Cambiamento nell'uso	(3) Contrasto Isolamento	(4) Contrasto Solitudine
Amicalità	0,02	0,05	0,09	0,13**
Coscienziosità	0,05	-0,03	0,01	0,07
Stabilità emotiva	0,09	0,03	0,04	0,08
Estroversione	0,10*	0,06	0,10*	0,10*
Apertura	0,02	0,10*	0,12**	0,05
Umore depresso	0,20***	0,16**	0,07	0,10
Ansia di tratto	0,15**	0,14*	0,11*	0,18***
Ansia di stato (periodo CoViD)	0,12*	0,01	0,11*	0,06
r2 (n=400)	.31	.26	.27	.28

Gli asterischi indicano le significatività dei coefficienti beta:
* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

Dalle analisi di regressione multipla si rileva che l'importanza attribuita ai social è predetta dalla estroversione, ma anche dall'ansia e dalla tendenza alla depressione. Ansia di tratto e umore depresso, insieme all'apertura mentale, sono predittivi dei cambiamenti nell'uso. Estroversione, apertura mentale e ansia di stato e di tratto favoriscono l'uso dei social per contrastare l'isolamento, mentre il contrasto della solitudine appare essere favorito congiuntamente da amicalità e ansia stabilizzata.

Conclusioni

Lo studio rivolto a valutare l'impatto psicologico che i social networks hanno avuto durante il periodo di isolamento obbligatorio ha evidenziato che essi sono stati uno strumento importante per affrontare il disagio causato dal CoViD-19. Durante il lockdown il tempo abitualmente trascorso al giorno dagli utenti nelle reti digitali è aumentato; i partecipanti alla ricerca si sono dichiarati, per la maggior parte, come utenti attivi nella rete, e non ritengono che in periodo di quarantena i networks abbiano interferito negativamente con la loro quotidiana. In particolare le donne hanno trascorso più tempo a navigare nelle reti sociali online e ne subiscono maggiormente le influenze.

Inoltre, la categoria dei pensionati è quella che più delle altre attribuisce importanza ai social e che più ha ritenuto utile l'aiuto fornito dalle reti sociali per superare la sensazione di essere isolati durante la pandemia.

Nel complesso, le piattaforme digitali durante il periodo di lockdown hanno fornito un contributo positivo nel contrastare il senso di isolamento e il senso di solitudine per la maggior parte dei partecipanti.

Tratti di personalità come estroversione e apertura mentale sembrano agevolare l'effetto positivo dei social per superare l'isolamento sociale, e l'amicalità favorisce il contrasto della solitudine; ma questo sembra avvenire soprattutto nei soggetti più ansiosi e tendenti alla depressione.

Gli effetti positivi dei social network in periodi critici, come quello conseguente alla pandemia, sembrano dunque aiutare quanti sperimentano stati più negativi di emozioni e di umore, ma tanto più se in presenza di tratti positivi della personalità. In conclusione si può affermare che, in situazioni di emergenza come quella determinata dalla pandemia, i social networks – anziché favorire i potenziali aspetti negativi comunemente attribuiti all'uso intensivo di essi – possono invece aiutare persone tendenzialmente ansiose e di umore depresso, ma con positivi tratti di personalità, a contrastare il senso di isolamento e solitudine causato dal distanziamento obbligatorio.

*Professore Ordinario Università di Catania – Dipartimento di Processi Formativi

**Università di Catania – Dipartimento di Processi Formativi



BIBLIOGRAFIA

- Andreassen C.S., Pallesen S., Griffiths M.D. (2017). The relationship between addictive use of social media, narcissism, and self-esteem: Findings from a large national survey. *Addictive Behaviors*, 64, 287-293.
- Arcuri L. (2013). Comunicazione di massa. In: Lotto L., Rumiati R. (a cura di), *Introduzione alla psicologia della comunicazione* (pp. 145-166). Bologna: Il Mulino.
- Bauman Z. (2002) *Modernità liquida*, Roma-Bari: Laterza.
- Beck A.T., Alford B.A. (2009). *Depression: Causes and Treatments* (2nd ed). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck A.T., Beck R.W. (1972). Screening depressed patients in family practice: A rapid technic. *Postgraduate Medicine*, 52, 81-85.
- Behary W. (2012). *Disarmare il narcisista. Sopravvivi all'egocentrico e migliora la tua vita*. Roma: Istituto di Scienze Cognitive.
- Bevelacqua J., Chiapasco E. (2018). Dipendenze comportamentali: quando il gioco diventa patologico. *Educare.it*, 18, n. 3, 27-30.
- Biolcati R., Cani D. (2015). Feeling alone among friends: Adolescence, social networks and loneliness, *Webology*, 12, 2.
- Błachnio A., Przepiorka A., Rudnicka P. (2016). Narcissism anche self-esteem as predictors of dimensions of Facebook use. *Personality and Individual Differences*, 90, 296-301.
- Bong- Won P., Kun Chan L. (2011). The effect of users' characteristics and experiential factors on the compulsive usage of the smartphone, communications in computer and information science. *Communications in Computer and Information Science*, 151. Doi: 10.1007/978-3-642-20998-7_52.
- Bruckman, A. (1992) *Identity workshop: Emergent social and psychological phenomena in text- based virtual reality*. Cambridge: MIT Media Lab.
- Buffardi L.E., Campbell W.K. (2008). Narcissism and social networking Web Sites. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34 (10), 1303-1314.
- Casha H., Raea C.D., Steela A.H., Winklerb A. (2012). Internet Addiction: A Brief Summary of Research and Practice. *Current Psychiatry Reviews*, 8 (4), 292-298.
- Ferrara E., Yang Z. (2015). Measuring emotional contagion in social media. *PLoS ONE*, 10(11), 1-14.
- Gallo F. (2017). Correlazione ipotizzata tra narcisismo e dipendenza da internet. *Formazione Psichiatrica*, n. 1-2, 7-23.
- Griffiths M.D. (2018). Adolescent social networking: how do social media operators facilitate habitual use? *Education and Health*, 36(3), 66-69.
- Griffiths M.D., Kuss D. (2017). Adolescent social media addiction (revisited). *Education and Health*, 35(3), 49-52.
- Guido G., Peluso A.M., Capestro M., Miglietta, M. (2015). An Italian version of the 10-item Big Five Inventory: An application to hedonic and utilitarian shopping values. *Personality and Individual Differences*. 76, 135-140.
- Hamburger Y.A., & Ben-Artzi E. (2000). The relationship between extraversion and neuroticism and the different uses of the Internet. *Computers in Human Behavior* 16, 441-449.
- Hawi N.S., Samaha M. (2016). The Relations Among Social Media Addiction, Self-Esteem, and Life Satisfaction in University Students. *Social Science Computer Review* 35, (5), 576-586.
- Hou H., Jia S., Hu S., Fan R., Sun W., Sun T., Zhang H. (2012). Reduced striatal dopamine transporters in people with Internet Addiction Disorder. *Journal of Biomedicine and Biotechnology*, Article ID 854524, pp.1-5 (<https://doi.org/10.1155/2012/854524>).

- Kaplan A., Haenlein M. (2010). Users of the world, unite! The challenges and opportunities of social media, *Business Horizons*, 53(1), 59-68.
- Kernberg O.F. (1996). A psychoanalytic theory of personality disorder. In: Clarkin J.F., Lenzenweger M. (Edited by), *Major Theories of Personality Disorders* (114-156). New York: Guilford Press.
- Kim J.H., LaRose R., & Peng W. (2009). Loneliness as the cause and the effect of problematic internet use: the relationship between internet use and psychological well-being. *Cyberpsychology & behavior: the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*, 12(4), 451-455.
- Kraut, R., Patterson, M., Lundmark, V., Kiesler, S., Mukopadhyay, T., & Scherlis, W. (1998) Internet Paradox: A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *American Psychologist*, 53, 1017-1031.
- LaRose R., Eastin M.S., & Gregg J., (2001). Reformulating the Internet paradox: Social cognitive explanations of Internet use and depression. *Journal of Online Behavior*, 1(2) <http://www.behavior.net/JOB/v1n1/paradox.html>
- Lotto L., Rumiati R. (2013). Ostacoli a una comunicazione efficiente. In: Lotto L., Rumiati R. (a cura di), *Introduzione alla psicologia della comunicazione* (pp. 97-110). Bologna: Il Mulino.
- Marazziti D., Presta S., Picchetti M. Dell'Osso L. (2015). Dipendenze senza sostanza: aspetti clinici e terapeutici. *Journal of Psychopathology*, 21, 72-84.
- McCrae N., Gettings S., Pursell E. (2017). Social media and depressive symptoms in childhood and adolescence: A systematic review. *Adolescent Research Review*, 2(4), 315-330.
- McCrae R.R., Costa P.T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 81-90.
- Meier E.P., Gray J., (2014). Facebook photo activity associated with body image disturbance in adolescent girls. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 17 (4), 199-206.
- Morahan-Martin, J., & Schumacher, P. (2003). Loneliness and social uses of the Internet. *Computers in Human Behavior*, 19(6), 659-671.
- Parlangeli O. (2013). Tecnologie per la comunicazione e social media. In: Lotto L., Rumiati R. (a cura di), *Introduzione alla psicologia della comunicazione* (pp. 261-277). Bologna: Il Mulino.
- Radovic A., Gmelin T., Stein B. D., Miller E. (2017). Depressed adolescents' positive and negative use of social media. *Journal of Adolescence*, 55, 5-15.
- Reed P., Bircek N.I., Osborne L.A., Viganò C., Truzoli R. (2018). Visual social media use moderates the relationship between initial problematic internet use and later narcissism. *The Open Psychology Journal*, 11, 163-170.
- Skues, J. L., Williams, B., & Wise, L. (2012). The effects of personality traits, self-esteem, loneliness, and narcissism on Facebook use among university students. *Computers in Human Behavior*, 28(6), 2414-2419.
- Spielberger C. D., Gorsuch R. L., Lushene R., Vagg P. R., & Jacobs G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Tamir D.I., Mitchell J.P. (2012). Disclosing information about the self is intrinsically rewarding. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109 (21), 8038-8043.
- Turkle S. (2012). *Insieme ma soli. Perché ci aspettiamo sempre di più dalla tecnologia e sempre di meno dagli altri*. Torino: Einaudi.
- Walther J.B., D'Addario K.P. (2001). The impact of emoticons on message interpretation in computer mediated communication. *Social Science Computer Review*, 19, 3, 324-347
- Young K.S., (1998). *Caught in the net: how to recognize the signs of Internet addiction and a winning strategy for recovery*. New York: Wiley.
- Young, K. S. (2011). CBT-IA: the first treatment model for Internet addiction. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(4), 304-312.
- Zona U. (2015). Narcissus on the net. *Narcisismo digitale e seduzione della merce*. *IAT Journal*, 2, 101-111.

Psychological effects of social networks during social isolation

After a review of psychological research on the effects of social networks, both positive and negative (e.g., anxiety and social withdrawal, self-image and narcissism, depression), the article presents the results of a study that aims to evaluate the psychological impact of the use of social networks during the period of compulsory isolation following the CoVid-19 pandemic. The influence of demographic variables (gender and employment) and personality variables and psychological distress was investigated.

The sample consisted of 400 people, aged between 12 and 80, 228 women and 172 men, users of social networks.

The results show that digital platforms during the lockdown period have made a positive contribution to contrasting the sense of isolation and loneliness; personality traits such as extroversion, open-mindedness, and agreeableness seem to facilitate the positive effects of social media and help overcome social isolation and loneliness; this seems to happen above all with subjects who are more prone to anxiety and mood depression.

KEYWORDS: Social networks, Personality, Anxiety, Social distancing

Essere adolescenti ai tempi del COVID-19: impatto psicologico della pandemia, delle misure restrittive e della Didattica a Distanza (DAD) nell'epicentro della Pandemia

Adolescents and COVID-19: psychological impact of the pandemic, of restrictive measures and of distance learning (DAD) in the epicentre of the pandemy

CHIARA MAIORANIA*; MARCO PAGANIB; ISABEL FERNANDEZC; DANIELA VERDID

Parole chiave: COVID-19, salute mentale, adolescenti, Didattica a Distanza

Background

La diffusione della Pandemia da Covid-19 ha portato il governo Italiano a misure restrittive che hanno visto in primis la chiusura delle scuole di ogni ordine e grado e l'istituzione della Didattica a Distanza (DAD). Gli adolescenti si sono trovati a gestire l'impatto psicologico della pandemia e contemporaneamente hanno dovuto riadattare le loro relazioni e la modalità di apprendimento.

Obiettivo. La presente ricerca è stata condotta allo scopo di valutare l'impatto psicologico della Pandemia Covid-19 e della DAD sugli adolescenti frequentanti due istituti superiori del Lodigiano.

Disegno

Gli strumenti identificati per l'indagine sono questionario PSYCHO-COVID 19 e TERMOMETRO DELLE EMOZIONI applicato alla DAD. La compilazione dei questionari è avvenuta tra il 5 maggio e il 5 giugno 2020. La dirigente scolastica ha inviato ad ogni studente il link Google per la compilazione on line del questionario sul portale scolastico. L'invio del link è stato preceduto da video esplicativi rivolti agli studenti, ai docenti e ai genitori in cui la psicologa responsabile dello sportello scolastico ha illustrato il questionario e l'obiettivo della ricerca.

Risultati

Hanno compilato i questionari 148 studenti. L'analisi dei protocolli ha rivelato males-

I primi studi sulla salute mentale degli adolescenti mostrano che il Lockdown e le preoccupazioni relative al COVID-19 sono fattori di stress, così come l'aumento della violenza intrafamiliare associata al confinamento. Le morti improvvise dovute a COVID-19 sono possibili fattori scatenanti i sintomi psichiatrici correlati al lutto, traumi e depressione per gli adolescenti. Durante la pandemia gli adolescenti hanno sperimentato ansia per una minaccia per la salute e minacce all'occupazione/ reddito familiare

sere nel 35% degli studenti (12% Alto, 7% Moderato, 16% Lieve). Dall'analisi delle componenti principali è emersa la presenza di una "entità disagio" caratterizzata da sintomi ansiosi, depressivi e somatici (sovrapponibili a quelli per la sindrome da stress post-traumatico), con un impatto maggiore sulle femmine. L'analisi dei dati sulla DAD ha evidenziato che la modalità didattica è stata vissuta con disagio nei soggetti che avevano manifestato malessere con una correlazione quasi lineare.

Conclusioni. I risultati suggeriscono che la Pandemia ha avuto un impatto traumatico sugli adolescenti, soprattutto sulle femmine; il disagio psicologico ha influenzato negativamente i vissuti individuali rispetto alla DAD. I dati suggeriscono la necessità di interventi psicoterapeutici adeguati al fine di prevenire il cronicizzarsi di quadri post traumatici e favorire l'adattamento degli adolescenti a possibili e rapidi cambiamenti nella gestione della didattica imposti dalle misure di contenimento della pandemia.

Introduzione

In tempi di pandemia, come nei disastri, vi è un aumento dei sintomi da Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD), depressione e ansia (Douglas et al., 2009) e rischio suicidario (Krysinska et al, 2009; Que et al. 2020)

La pandemia COVID-19 ha portato i governi a implementare misure di contenimento delle malattie come la chiusura delle scuole, il distanziamento sociale e la quarantena domestica. I bambini e gli adolescenti hanno vissuto un prolungato stato di isolamento fisico dai loro coetanei, insegnanti, famiglie allargate e reti comunitarie. (Brooks et al., 2020; Hossaim et al., 2020)

I periodi senza la scuola sono associati ad una ridotta attività fisica, più tempo di fronte allo schermo, sonno irregolare e dieta meno appropriata. (Wang et al., 2020). Ci sono reciproche interazioni tra la maturazione del cervello e l'ambiente socio-relazionale, e l'isolamento potrebbe avere una influenza sull'esordio di disturbi psichiatrici in adolescenza. (Lamblin et al. 2017).

Guessounm e coll. (2020) nella loro Review sottolineano che la delicata transizione verso l'età adulta rende gli adolescenti più vulnerabili. I primi studi sulla salute mentale degli adolescenti mostrano che il Lockdown e le preoccupazioni relative al COVID-19 sono fattori di stress, così come l'aumento della violenza intrafamiliare associata al confinamento. Le morti improvvise dovute a COVID-19 sono possibili fattori scatenanti i sintomi psichiatrici correlati al lutto, traumi e depressione per gli adolescenti. Durante la pandemia gli adolescenti hanno sperimentato ansia per una minaccia per la salute e minacce all'occupazione/ reddito familiare (Deighton et al., 2019). I fattori di rischio principali sembrano essere la pregressa storia psichiatrica, il genere femminile e vivere in una famiglia di status economico basso (Helm et al., 2018).

La letteratura sottolinea che, sebbene i soggetti in età evolutiva non siano stati colpiti dall'infezione in modo grave (Qui, H.,2020), l'impatto psicologico è stato intenso.

Il lodigiano è stata terra dell'epicentro della Pandemia da SARS-COV-2 in Italia. Nella notte tra giovedì 20 e venerdì 21 febbraio 2020 fu fatta la prima diagnosi di SARS-COV-2 su un giovane paziente al Pronto soccorso di Codogno. Il territorio si è svegliato con la consapevolezza di ospitare il primo focolaio italiano di una epidemia che ha mietuto vittime in Cina (Huang et al., 2020). La prima misura restrittiva è stata la creazione di una "Zona Rossa" dove sono stati chiusi nella mattinata di venerdì scuole e tutti i servizi non essenziali. Gli studenti si sono salutati prima del week-end, che avrebbe dovuto aprire le festività per il carnevale, ignari del fatto che non ci sarebbero state né feste né ritrovi e che non sarebbero tornati a scuola fino alla fine dell'anno scolastico.

La chiusura repentina della scuola nel weekend ha lasciato ben poco tempo per organizzarsi in modo da garantire una continuità scolastica.

A seguito del Lockdown, la dirigenza degli istituti lodigiani Pandini e Piazza si è preoccupata di avviare la Didattica a Distanza (DAD) e di rendere fruibili in modalità da remoto i servizi per gli studenti, compreso lo " sportello di ascolto psicologico".

Tuttavia, nella consapevolezza di non poter raggiungere ogni studente e della ne-

cessità di avere un feedback sul livello di stress negli studenti, la dirigente in accordo con la psicologa scolastica ha deciso di allestire un questionario da compilare in remoto attraverso la piattaforma GoogleDrive. L'obiettivo dello studio era di valutare l'impatto della Pandemia COVID-19 sulla salute mentale degli studenti delle due scuole superiori del Lodigiano e di identificare i bisogni nell'area del supporto psicosociale per programmare interventi mirati.

Grazie alla mediazione dell'associazione EMDR è stato possibile creare una équipe che ha costruito il disegno di ricerca, individuato gli strumenti e effettuato l'analisi dei dati.

Disegno di ricerca e partecipanti

Il percorso scolastico dei partecipanti è molto differenziato nelle scuole secondarie di secondo grado Pandini e Piazza. L'istituto Pandini a Sant'Angelo Lodigiano accoglie 480 studenti divisi negli indirizzi tecnici (ambientale, economico e turistico), Liceo scientifico e Liceo sportivo. L'istituto Piazza è un Liceo Artistico Statale, si trova nel capoluogo Lodigiano e accoglie 450 studenti.

Il questionario è stato presentato a studenti, docenti e genitori attraverso l'invio di un link per i video, in cui la psicologa illustra il questionario e le finalità della ricerca. Sono seguiti un incontro rivolto ai docenti e uno ai genitori di gestione dello stress dopo eventi critici. (Solomon 2008).

L'adesione al questionario è stata libera e volontaria; i protocolli sono stati raccolti dal 5 maggio al 5 giugno 2020.

Il questionario è stato somministrato in forma anonima attraverso piattaforma Google Drive, i dati, previa autorizzazione dei genitori, nel caso di studenti minorenni, sono stati trattati conformemente al GDPR 679/16.

Il questionario è stato costituito da due strumenti principali:

Lo PSYCHO-COVID 19: un questionario di autovalutazione ideato dall'équipe del Dr. Vito Tummino (Tummino V., 2020) sul livello di tensione emotiva che si sta vivendo nel periodo legato al Coronavirus. Misura lo stato emotivo in situazione di emergenza da Pandemia Coronavirus. La scala è composta da 20 affermazioni, ognuna delle quali definisce una serie di malesseri, di stati di ansia psichica (agitazione mentale e stress psicologico) e di ansia somatica (disturbi fisici legati all'ansia). Ogni item ha un punteggio sulla scala Likert da 0 a 4 a seconda del grado di accordo con l'item; sommando i punteggi ai singoli item si ottiene un punteggio grezzo da confrontare con le norme stabilite dal test. L'intervallo di punteggio varia da 0 a 80 dove:

- 0-21 indica lievissima presenza di ansia e stato di gestione emotiva adeguato
- 22-29 indica lieve presenza di uno stato d'ansia,
- 30-36 moderato stato di malessere nel quale l'intervento di uno psicologo potrebbe essere utile ma non necessariamente indispensabile
- Uguale o superiore a 37 alto livello di malessere ansioso che va affrontato rivolgendosi ad uno Psicologo.

Gli items del questionario indagano nelle aree cognitiva, emotiva/affettiva e somatica la presenza di segni precoci di ansia, attacchi di panico, depressione, disturbo da stress post traumatico, reazione acuta da stress, fobia, ossessione, ipocondria e rischio suicidario. I punteggi alti (3 e 4) ai singoli items e la loro somma esprimono un livello di rischio di sviluppare sintomi delle suddette psicopatologie. All'aumentare del punteggio aumenta anche il senso di malessere/disagio auto-percepito.

IL TERMOMETRO DELLE EMOZIONI, una scala che permette di misurare l'intensità auto-percepita di STRESS, ANSIA, RABBIA, DEPRESSIONE, INSONNIA, BISOGNO DI ESSERE AIUTATI. (Mitchell et al. 2010; Mitchell, 2016). La scala è stata utilizzata per misurare il livello di emozioni negative rispetto alla DAD. Ai sei item della scala è stata aggiunta la GIOIA, per non influenzare negativamente il pensiero degli studenti a proposito della DAD e perché sia la dirigente che la psicologa avevano ricevuto personalmente feedback positivi sulla DAD da parte di alcuni studenti.

Nel questionario ci sono 31 variabili così suddivise:

VARIABILI ESPLICATORIE (Caratteristiche del campione)	ITEM PSYCHO-COVID 19	TERMOMETRO EMOZIONI APPLICATO ALLA DAD
1. Età	1 Preoccupazioni	1. Stress
2. Genere	2. Apatia	2. Ansia
3. Istituto	3. Irritabilità	3. Depressione
4. Grado di esposizione	4. Paura della gente	4. Rabbia
	5. Paura della solitudine	5. Insonnia
	6. Disturbi gastrointestinali	6. Bisogno di essere aiutato
	7. Difficoltà di concentrazione	7. Gioia
	8. Vista annebbiata, vampate, brividi, debolezza, prurito	
	9. Sicurezza nell'obbligo di stare in casa	
	10. Disturbi muscolo-scheletrici	
	11. Palpitazioni	
	12. Astenia	
	13. Insonnia	
	14. Tensione	
	15. Facilità al pianto	
	16. Sudorazione, vertigini, cefalea, evacuazioni frequenti	
	17. Peso al petto	
	18. Senso di colpa	
	19. Calo del desiderio	
	20. Ipocondria	

Risultati.

Le principali caratteristiche del Campione

Dei 148 studenti che hanno compilato il questionario, il 62% erano femmine e il 38 % erano maschi.

Tabella1.

Genere

GENERE	Numero (n=148)	%
Femmine	92	62%
Maschi	56	38%

Il 53% frequentava il Liceo Piazza, il 47 % frequentava l'Istituto Pandini. Complessivamente hanno compilato il questionario il 16% degli studenti, con una percentuale leggermente superiore al Piazza (17,5%) rispetto al Pandini (14%).

Tabella 2.
Istituto frequentato

ISTITUTO	Numero (n=148)	% su n.	% su Istituto
Pandini	69	47	17
Piazza	79	53	14

Gli studenti che hanno compilato il questionario erano nella fascia d'età 14-21 anni, il 38% del campione aveva 18 anni. La media dell'età degli studenti era 17 anni.

Tabella 3.
Età degli studenti

ETÀ in anni	Numero (n=148)	%
21	2	1,35
20	8	5,41
19	29	19,59
18	57	38,51
17	12	8,11
16	16	10,81
15	14	9,46
14	10	6,76

Rispetto al grado di esposizione, quasi il 60% del campione non ha avuto misure di contenimento del contagio applicate alla propria persona, salvo quelle previste dai DPCM estese a tutta la nazione. Il 27% degli studenti che hanno risposto al questionario ha avuto misure di contenimento del contagio applicate alla propria persona, ma senza avere sintomi. Solo lo 0,68%, oltre alla quarantena personale, ha avuto sintomi riconducibili all'infezione da COVID-19. Nessun soggetto è stato ospedalizzato. Soltanto il 2% ha avuto un familiare positivo, mentre sale la percentuale di ospedalizzazione e decessi se allarghiamo la cerchia familiare; rispettivamente il 5% ha avuto un parente ospedalizzato e il 3% deceduto; si può ipotizzare che siano nonni oppure altri parenti anziani.

Tabella 4.
Età degli studenti

GRADO DI ESPOSIZIONE	Numero (n=148)	%
Nessuna restrizione personale	88	59,46
Quarantena senza sintomi	41	27,70
Quarantena con sintomi	1	0,68
Soggetto ospedalizzato	0	0,00
Familiare positivo	3	2,03
Parente ospedalizzato	8	5,41
Parente deceduto	5	3,38
Amico deceduto	2	1,35

Il punteggio totale medio dello PSYCHO-COVID 19 è stato di 18 punti. I punteggi individuali variavano da 0 punti a 66 punti (il punteggio massimo nel gruppo). La maggioranza dei soggetti (65%) presentava un livello molto basso di rischio psicologico, il 15% un rischio basso, il 7% un rischio moderato, mentre il 12% presentava un rischio psicologico alto.

Tabella 5.
Livello di rischio psicologico

Punteggio totale	% (n =)	interpretazione
0-21	65,54 (97)	Livello di rischio psicologico molto basso
22-29	15,54 (23)	Livello di rischio psicologico basso
30-36	6,67 (10)	Livello di rischio psicologico moderato
37	12,16 (18)	Livello di rischio psicologico alto
More than 37	6,67 (10)	Livello di rischio psicologico alto

Se consideriamo i **punteggi medi ai singoli ITEM** emerge sulla totalità degli studenti che hanno completato il questionario che l'item che registra un punteggio medio più alto (2,11) è stato il:

- n. 10 - "L'obbligo di stare in casa non mi dà sicurezza rispetto alla possibilità di contagio da Coronavirus", che indaga l'area cognitiva di esame della realtà. Normalmente la percezione di un discreto livello di protezione, considerando che la Pandemia sta diminuendo e si è fortemente ridotto il contagio grazie alla quarantena, aumenta la consapevolezza che i sistemi protettivi messi in atto dipendono anche dal proprio comportamento responsabile. Questo item mette in luce anche il livello di fiducia verso le Istituzioni preposte alla nostra sicurezza. Affidarsi alle autorità genera una sensazione di fiducia così da ridurre l'angoscia dell'insicurezza. Si potrebbe quindi interpretare il dato affermando che negli studenti è emersa la fiducia nelle autorità, come mezzo per aumentare la propria auto percezione di sicurezza.

L'item che ha registrato il secondo punteggio medio più alto (1,7) è stato il

- n. 7 - "Mi capita durante il giorno di avere difficoltà di concentrazione e poca memoria", difficoltà che, in assenza di evidenze mediche, sono indicatori cognitivi della capacità mentale di gestire e razionalizzare ciò che sta avvenendo nella vita attuale della persona. Sono altresì indicatori di stress post traumatico (DSM-V).

Il terzo Item che ha registrato il punteggio medio più alto (1,4) è stato il

- n.15 - "Mi commuovo facilmente e ho il pianto facile", che rivela l'emozione di fronte a situazioni che muovono sentimenti di pietà, affetto, tenerezza, accorato dolore, di immedesimazione e rispecchiamento e può essere considerato indice di sofferenza quando l'identificazione con le persone che soffrono diventa un sentimento invasivo e persistente. Quando il livello è alto può essere una spia di fragilità emotiva; anche questo item esprime sofferenza post traumatica.

Al fine di effettuare analisi statistiche di secondo livello in grado di evidenziare correlazioni fra i dati abbiamo utilizzato l'**Analisi per Componenti Principali (PCA)**, la tecnica multivariata più usata per ridurre la dimensionalità dei dati sfruttando le correlazioni tra le variabili. Lo scopo della tecnica è di ridurre il numero più o meno elevato di variabili che descrivono un insieme di dati a un numero minore di variabili latenti, limitando il più possibile la perdita di informazioni (Bolasco S., 2014). La PCA è stata eseguita separatamente sulle variabili 'sintomo' relative agli item del questionario PSYCHO-COVID 19 (**PC sintomo**) e sulle variabili legate ai sentimenti rispetto alla didattica a distanza (**PC didattica**) rilevate attraverso il Termometro delle emozioni. Le componenti estratte sono state poi correlate alle variabili esplorative (genere, età, istituto, esposizione).

La PCA sui sintomi ci suggerisce 5 componenti, con la prima (PC sintomo1) nettamente preponderante e che rappresenta l'entità generale dell'effetto indicante come tutte le variabili 'sintomo' vadano nella stessa direzione lungo questa componente. La PC sintomo1 può quindi essere immediatamente interpretata come '**entità del disagio**' che poi prende differenti forme a seconda del soggetto. La prima componente esprime il 40% della variabilità generale e include preoccupazione, rabbia, paura della gente, paura della solitudine, sintomi gastrointestinali, vista annebbiata/brividi/vampate/debolezza/prurito, disturbi muscolo-scheletrici, palpitazioni astenia,

insonnia, tensione, facilità al pianto, sudorazione/vertigini/cefalea/evacuazioni frequenti, peso al petto, senso di colpa e ipocondria.

La seconda componente (PC sintomo 2) non ha rilevanza psicologica in quanto registra la singolarità della variabile 'sudorazione' indipendente dal disagio.

La terza componente (PC sintomo3), include apatia e calo del desiderio sessuale, mostra come questi due sintomi vadano nella stessa direzione. Questo porterebbe ad ipotizzare che l'apatia potrebbe insorgere come difesa per il fatto che non potendo uscire non posso vedere il partner e l'apatia appiattisce il desiderio proteggendomi dalla frustrazione per non poter fare qualcosa che desidero.

Da evidenziare anche la quarta componente (PC sintomo4) che rappresenta il senso di sicurezza derivante dall'obbligo di stare a casa, che è indipendente dall'entità disagio (ossia dalla componente che raggruppa il più alto numero di sintomi) e anche da sintomi raggruppati in altre componenti.

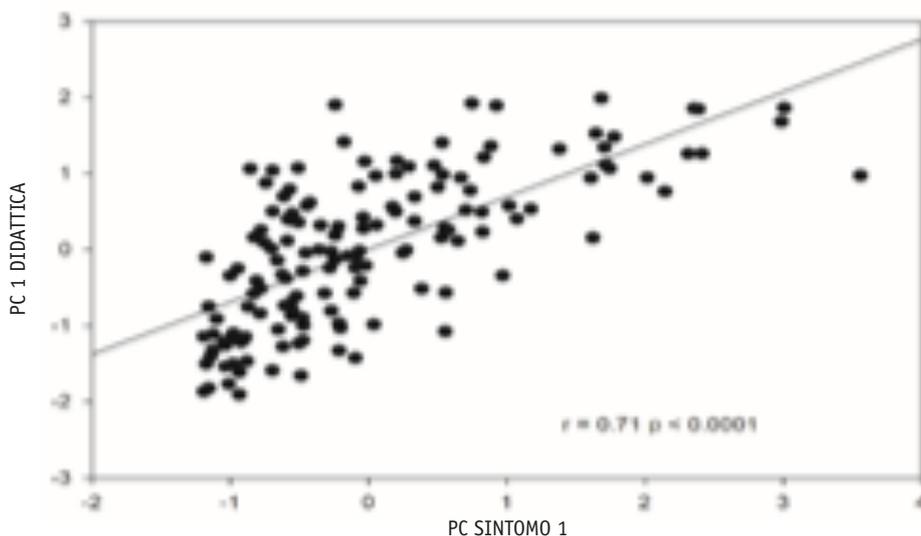
È indipendente anche la variabile Astenia (PC sintomo5).

L'analisi PC didattica ha evidenziato due componenti legate ai sentimenti verso la didattica a distanza. Emergono solo due componenti rilevanti, la **PC didattica 1** che raccoglie esclusivamente i sentimenti negativi verso la didattica a distanza (stress, ansia, rabbia, insonnia, depressione, bisogno di essere aiutato), e la **PC didattica 2** invece che raccoglie esclusivamente la gioia della didattica. Le due componenti sono per costruzione indipendenti, cioè si può essere gioiosi anche soffrendo e viceversa. Questo rivela che nonostante una visione abbastanza negativa della DAD, la gioia negli studenti non è stata impattata dalla sofferenza per la DAD, altrimenti anche la gioia sarebbe stata nella componente PC didattica 1. La gioia negli studenti era indipendente dall'aver o non avere una didattica a distanza. Questo dato è importante e a livello di lavoro psicoterapeutico suggerisce che anche in situazioni di disagio, ci sono delle parti gioiose che possono essere risorse importanti.

La correlazione di di Spearman rivela che esiste una **correlazione quasi lineare** (vedi tabella n.6) **tra il disagio generale** (PC sintomo1) e i **sentimenti negativi verso la DAD** (PC1didattica) che garantisce la congruità del dato e rivela che i pensieri negativi sulla DAD derivano dal disagio generale, non sono peculiarità dell'uso dello strumento didattico. Quindi se un individuo è stato poco sintomatico è stato più protetto dal disagio per la didattica a distanza

I risultati mostrano che la pandemia ha avuto un impatto rilevante, con rischio psicologico nel 35% del campione esaminato, in accordo con la letteratura. Un fattore rischio emerso è il genere femminile, già riscontrato in letteratura. L'analisi delle componenti principali ha rivelato l' "entità disagio" con sintomi di tipo misto ansiosi, depressivi, somatici che vanno nella stessa direzione e sono sovrapponibili ai quadri di PTSD, a testimonianza dell'impatto traumatico della Pandemia sui soggetti del campione

Tabella 6



Si sono rilevate altresì correlazioni meno significative. La prima è l'effetto genere: le femmine mostrano un disagio maggiore rispetto ai maschi sia per quanto riguarda i sintomi che la didattica. La seconda correlazione era fra il grado di esposizione e il disagio per la didattica a distanza, riferita a coloro che hanno avuto un parente malato o sono stati loro stessi malati e hanno sofferto di più per la didattica a distanza.

L'analisi statistica ha evidenziato un quadro di malessere abbastanza diffuso, i cui sintomi emersi sono sovrapponibili a quelli dei quadri post traumatici.

Questo dato è congruente con l'ipotesi che la pandemia ha colpito la popolazione intera come un vero e proprio trauma

Discussione

Si tratta di uno dei primi studi sugli studenti adolescenti durante la pandemia da COVID-19. I questionari sono stati compilati a partire dal 4 maggio, data in cui, a seguito dell'appiattimento della curva dei contagi, le misure restrittive sono state allentate ed era possibile frequentare i propri "Congiunti", così come uscire di casa per passeggiare o effettuare sport all'aperto. La raccolta dei protocolli si è conclusa il 5 giugno, due giorni dopo la fine della restrizione che imponeva gli spostamenti solo all'interno della propria regione.

I risultati mostrano che la pandemia ha avuto un impatto rilevante, con rischio psicologico nel 35% del campione esaminato, in accordo con la letteratura (Douglas et al., 2009). Un fattore rischio emerso è il genere femminile, già riscontrato in letteratura (Helm, 2020). L'analisi delle componenti principali ha rivelato l'"entità disagio" con sintomi di tipo misto ansiosi, depressivi, somatici che vanno nella stessa direzione e sono sovrapponibili ai quadri di PTSD, a testimonianza dell'impatto traumatico della Pandemia sui soggetti del campione. L'analisi dei punteggi medi degli item relativi allo PSYCHO-COVID 19 ha evidenziato nel campione il ruolo protettivo attribuito all'obbligo di stare in casa, le difficoltà di concentrazione e memoria e la facilità al pianto, dipingendo un quadro di adolescenti che si sentivano al sicuro tra le mura domestiche pur sperimentando tristezza e difficoltà nell'assolvere ai compiti cognitivi.

L'effetto traino della "entità disagio" ha avuto impatto negativo anche sulla DAD; anche questo dato è in accordo con la letteratura neuro-scientifica secondo la quale difficoltà di tipo emozionale influiscono negativamente sulla performance cognitiva (Baker et al., 2018). Le analisi hanno rivelato anche una correlazione tra i sentimenti negativi verso la DAD e il grado di esposizione; avere sintomi o un amico/familiare/parente infettato contribuiva a vivere negativamente la DAD. L'analisi dei dati raccolti rivela anche la presenza di risorse negli studenti, come la gioia di apprendere nonostante le difficoltà della DAD e il rispetto responsabile delle misure restrittive, nonostante le limitazioni alla libertà.

La DAD è stata un tema protagonista durante i dibattiti a proposito degli effetti della pandemia sui soggetti in età evolutiva; l'analisi dei dati evidenzia che la sofferenza per la DAD è stata proporzionale al disagio percepito dagli studenti in generale e non un fattore a sé stante. Questo disagio, tuttavia, non ha impattato sulla gioia di vivere e di apprendere.

Conclusioni

Il progetto di ricerca ha realizzato l'obiettivo di effettuare uno screening sullo stato psicologico degli studenti. L'adesione è stata buona nonostante le difficoltà di comunicazione dovute all'informatizzazione improvvisa di tutte le comunicazioni tra la scuola e gli studenti/famiglie.

L'analisi statistica ha evidenziato un quadro di malessere abbastanza diffuso, i cui sintomi emersi sono sovrapponibili a quelli dei quadri post traumatici.

Questo dato è congruente con l'ipotesi che la pandemia ha colpito la popolazione intera come un vero e proprio trauma. Con questo lavoro ne abbiamo misurato gli effetti su un campione di studenti adolescenti, in uno dei territori più colpiti.

La ricerca sui disturbi psichiatrici dell'adolescenza in tempi di pandemia è necessaria, poiché una tale situazione globale potrebbe essere prolungata o ripetuta. (Guessoum et al, 2020).

Gli adolescenti sono spesso vulnerabili e richiedono un'attenta considerazione da parte dei caregiver e adattamenti del sistema sanitario per consentire il supporto della salute mentale anche in caso di Lockdown. Si auspica pertanto negli anni scolastici a venire la possibilità di ri-testare gli studenti per individuare i soggetti maggiormente a rischio di cronicizzare il malessere psicologico e pianificare strategie protettive nei loro confronti per ridurre il senso di isolamento sociale che rappresenta una fonte del rischio di suicidio, seconda causa di morte fra i giovani (World Health Organization, 2019).

Limiti

Il principale limite dello studio è il metodo online della ricerca. La modalità in remoto ha penalizzato gli studenti che non erano sufficientemente fluidi nelle comunicazioni completamente informatizzate dalla scuola.

aPsicologa, Psicoterapeuta Socia EMDRITALIA

bMD PhD Primo Ricercatore per l'Istituto di Scienze e Tecnologie delle Cognizione del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) e Associato di Ricerca presso il Karolinska Hospital e l'University Medical Center di Groningen, Olanda.

c Psicologa, Psicoterapeuta Presidente EMDRITALIA

d Dirigente Scolastico

*Corresponding author: Chiara Maioranichiamaiorani@gmail.com Mobile: +393289764922

RIFERIMENTI

- American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub. <https://market.android.com/details>
- Asmundson GJG, Taylor S. Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *Journal of Anxiety Disorders*. 2020; 70 doi: 10.1016 / j.janxdis.2020.102196.
- Baker KS, Gibson SJ, Georgiou-Karistianis N, Giummarra MJ. Relationship between self-reported cognitive difficulties, objective neuropsychological test performance and psychological distress in chronic pain. *Eur J Pain*. 2018 Mar;22(3):601-613. doi: 10.1002/ejp.1151. Epub 2017 Nov 21.
- Bolasco S., *Analisi multidimensionale dei dati. Metodi, strategie criteri d'interpretazione*, VI edizione, Roma, Carrocci, 2014)
- Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al.(2020) The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395:912-920.
- Brown, R.C., Witt, A., Fegert, J.M., Keller, F., Rassenhofer, M., Plener, P.L., 2017. Psychosocial interventions for children and adolescents after man-made and natural disasters: a meta-analysis and systematic review. *Psychological Medicine* 47 (11), 1893–1905. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000496>.
- Bruntdin L., Bryleva E.Y., Thirtamara Rajamani K. Role of inflammation in suicide: from mechanisms to treatment. *Neuropsychopharmacology*. 2017;42(1):271–283.
- Cellini N, Canale N, Mioni G, Costa S.Changes in sleep pattern, sense of time and digital media use during COVID-19 lockdown in Italy.*J Sleep Res*. 15 maggio 2020: e13074. doi: 10.1111 / jsr.13074.
- Deighton J, Lereya ST, Casey P, Patalay P, Humphrey N, Wolpert M. Prevalence of mental health problems in schools: poverty and other risk factors among 28 000 adolescents in England *Br J Psychiatry*. 2019;215:565-567.
- Di Giorgio E, Di Riso D, Mioni G, Cellini N. The interplay between mothers' and children behavioral and psychological factors during COVID 19: an Italian study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 31 agosto 2020: 1-12. doi: 10.1007 / s00787-020-01631-3.
- Douglas P.K, . Douglas D.B, . Harrigan D.C, . Douglas K.M . Preparing for pandemic influenza and its aftermath: mental health issues considered. *International Journal of Emergency Mental Health*, 11 (3) (2009), pp. 137-144. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20437844>
- Guessoum, S., Lachal, J., RadJack, R., Carretier, E., Minassian, S., Benoit., Moro, M.R., (2020) Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry Research*, Vol 291, September 2020, 113264.
- Helm, S.V., Pollitt, A., Barnett, M.A., Curran, M.A., Craig, Z.R., 2018. Differentiating environmental concern in the context of psychological adaption to climate change. *Global Environmental Change: Human and Policy Dimensions* 48, 158–167. <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2017.11.012>. Herringa, R.J., 2017. Trauma, PTSD, and the Development.
- Hossain MM, Sultana A, Purohit N. Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: a systematic umbrella review of the global evidence. Available at: psyarxiv.com/dz5v2/. Published 2020. Accessed April10, 2020.
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., Gu, X., Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., Xie, X., Yin, W., Li, H., Liu, M., Cao, B., 2020. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet* 395 (10223), 497–506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5).
- Kar, N., 2019. Depression in Youth Exposed to Disasters, Terrorism and Political Violence. *Curr Psychiatry Rep* 2019 Jul 4;21(8):73. doi: 10.1007/s11920-019-1061-9.
- Krysinska K, Lester D, Martin G. Suicidal behavior after a traumatic event. *J Trauma Nurs*. 2009;16(2):103-10.
- Lamblin, M., Murawski, C., Whittle, S., Fornito, A., 2017. Social connectedness, mental health and the adolescent brain. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 80, 57–68. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.05.010>.
- Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N., Zhu, T., 2020. The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (6). <https://doi.org/10.3390/ijerph17062032>.
- Liang L., Ren H., Cao R., Hu Y., Qin Z., . Li C, Mei S..The effect of COVID-19 on youth mental health. *Psychiatr. Q.* (2020), <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09744-3>.
- Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., Wu, L., Sun, Z., Zhou, Y., Wang, Y., Liu, W., 2020. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Research* 287, 112921 <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112921>.
- Loades, M., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S.,Shafran, R.,Brigden, A., Linney, C., McManus, M., Borwick, C., Crawley, E.,(2020).Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *Journal of the American*

Academy of Child & Adolescent Psychiatry

Marques de Miranda, D., Da Silva Athanasio, B., Sena Oliveira A., Simoes-e-Silva. How is COVID-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents? *Int J Disaster Risk Reduct.* 2020 Dec;51:101845. doi: 10.1016/j.ijdr.2020.101845. Epub 2020 Sep 10.

Mitchell A. Emotion thermometers tool [Web Page]. 2016 [01.07.2018]. Available from: <http://www.pscho-oncology.info/ET.htm>.

Mitchell AJ, Baker-Glenn EA, Granger L, Symonds P. (2010). Can the distress thermometer be improved by additional mood domains? Part I. Initial validation of the emotion thermometers tool. *Psychooncology*;19:125-133.

Mitchell AJ, Baker-Glenn EA, Park B, Granger L, Symonds P. (2010). Can the distress thermometer be improved by additional mood domains? Part II. What is the optimal combination of emotion thermometers? *Psychooncology*;19(2):134-140.

Monteith L.L., Holliday R., Brown T.L. Preventing suicide in rural communities during the COVID 19 pandemic. *J Rural Health.* 2020 DOI : 10.1111/jrh.12448.

Patsali, M. E., Mousa, D., Papadopoulou, M., Papadopoulou, K.K., Kaparounaki, C., Diakogiannis, I., Fountoulakis, K. (2020) University students' changes in mental health status and determinants of behavior during the COVID-19 lockdown in Greece. *Psychiatry Research*, Volume 292, 2020, Article 113298

Qiu H, Wu J, Hong L, Luo Y, Song Q, Chen D. (2020) Clinical and epidemiological features of 36 children with coronavirus disease (COVID-19) in Zhejiang, China: an observational cohort study. *Lancet Infect Dis.* Jun;20(6):689-696. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30198-5. Epub 2020 Mar 25.

Que J, Yuan K, Gong Y, Meng S, Bao Y, Lu. Raising awareness of suicide prevention during the COVID-19 pandemic. *L.Neuropsychopharmacol Rep.* 2020 Oct 6. doi: 10.1002/npr2.12141

Reger M.A., Stanley I.H., Joiner T.E. Suicide mortality and coronavirus disease 2019 – A perfect storm? *JAMA Psychiatry* [Internet] 2020 DOI : 10.1001/jamapsychiatry.2020.1060.

Solomon, Roger M. (2008). Critical Incident Interventions. *Journal of EMDR Practice and Research*; New York Vol. 2, Fasc. 2, 160-165.

Stavrinos, D., McManus, B., Mrug, S., He, H., Gresham, B., Albright, M.G., Svancara, A.M., Whittington, C., Underhill, J., White, D. M. (2020) Adolescent driving behavior before and during restrictions related to COVID-19. *Accident Analysis & Prevention*, Volume 144, 2020, Article 105686

Tummino V. (2020) Manuale questionario PSYCHO-COVID 19 (Manuale per la ricerca)

Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, J., Jiang, F., 2020. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet* 395 (10228), 945–947. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30547-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30547-X).

Wood, S.M., White, K., Peebles, R., Pickel, J., Alausa, M., Meheringer, J., Dowsh, N., (2020) Outcomes of a Rapid Adolescent Telehealth Scale-Up During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Adolescent Health*, Volume 67, Issue 2, 2020, pp. 172-178.

World Health Organization. (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. (No. WHO/2019-nCoV/ MentalHealth/2020.1).

World Health Organization. (2019). Suicide in the world. <https://www.who.int/publications-detail/suicide-in-the-world>. Accessed September 9,

Zhang Q, Zhou L, Xia J. (2020) Impact of COVID-19 on Emotional Resilience and Learning Management of Middle School Students. *Med Sci Monit.* Sep 1;26:e924994. doi: 10.12659/MSM.924994.

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.* <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>

Adolescents and COVID-19: psychological impact of the pandemic, of restrictive measures and of distance learning (DAD) in the epicentre of the pandemic

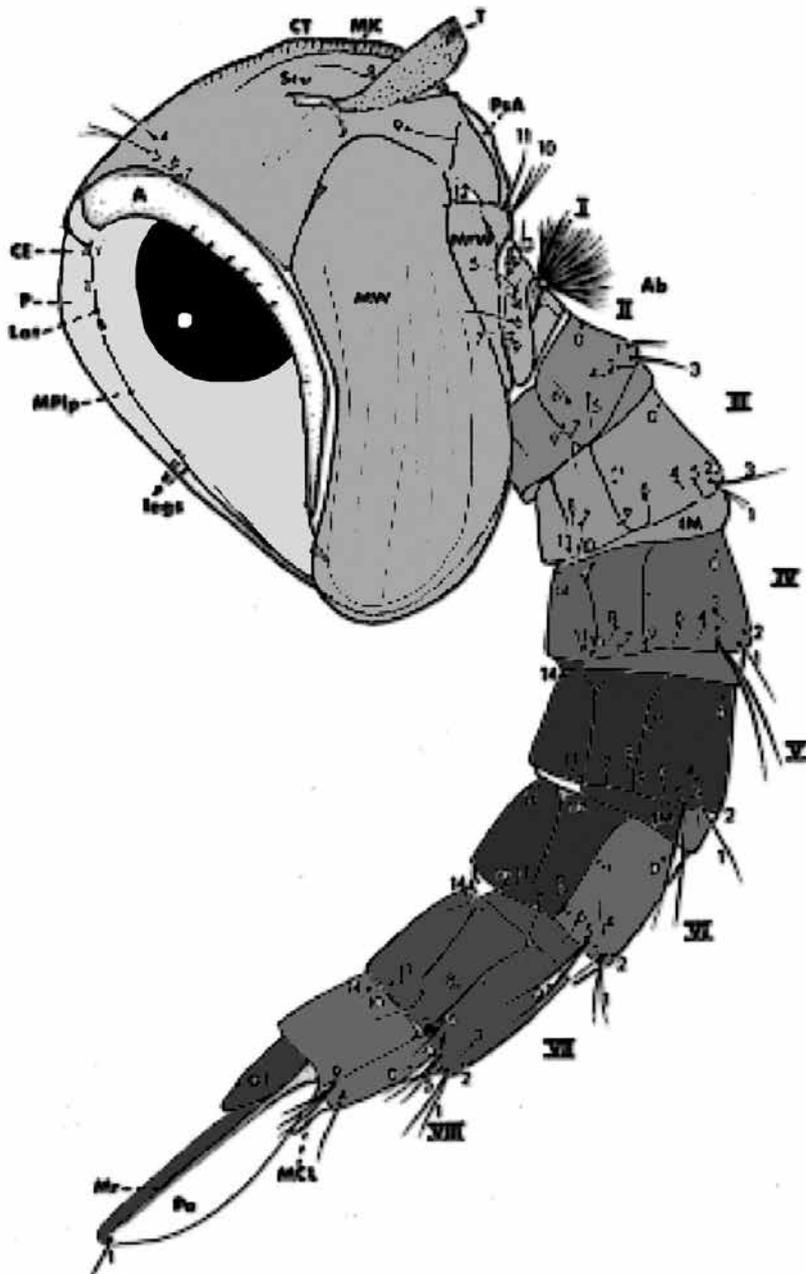
What are the feelings of the adolescents facing the Covid-19 pandemic? The study carried out among the students of two High Schools in the area which was the first red zone in Italy, aims at highlighting the impact of the pandemic. The adolescents' emotional approach to distance learning was also measured.

KEYWORDS: Covid-19, mental health, adolescents, distance learning

link
**Storie
cliniche**

Riflessioni su un percorso di psicoterapia
ai tempi del Covid 19. Il caso clinico: Luca

ELEONORA RIVA



Riflessioni su un percorso di psicoterapia ai tempi del Covid 19. Il caso clinico: Luca

Psychotherapy at the time of Covid-19. A clinical case: Luca

L'emergenza sanitaria COVID-19 ha imposto modifiche radicali alla pratica clinica che ha dovuto fare i conti con il cambiamento repentino della quotidianità. Tali modificazioni si sono rese necessarie al fine di proseguire le terapie e poter preservare il lavoro terapeutico in una situazione di precarietà ed incertezza

ELEONORA RIVA*

PAROLE CHIAVE: cambiamento, quotidianità, ripresa

La riflessione che mi sento di fare è relativa al setting con il quale in questo periodo mi sono trovata più volte a fare i conti, non tanto per lo spazio fisico entro il quale si svolge la terapia, ma per le norme contrattuali che regolano il rapporto terapeutico.

Alcuni miei pazienti si sono ammalati di Covid 19, uno di loro gravemente. È Luca, 58 anni, arrivato in studio due anni fa spinto dalla moglie. Vive con lei da 25 anni, non hanno figli. Lavora da circa 30 anni come impiegato presso una banca poco distante dalla sua abitazione. È affetto da epilessia da quando è adolescente. Quando giunge da me è appena stato inserito in un gruppo di lavoro nuovo. Dopo questo cambiamento sono comparsi i primi sintomi depressivi: abbassamento del tono dell'umore, perdita di interesse, perdita dell'appetito, irritabilità e pensieri negativi. Luca afferma di essere depresso, di non riuscire a fare le cose che faceva prima. Descrive problemi a concentrarsi e difficoltà a ricordare le cose. Si colpevolizza per "quello che è diventato", afferma di essere solo un peso per tutti. Non riesce ad immaginare una via d'uscita alla sua situazione.

Seppur a fatica, vista la sua scarsa fiducia in un esito positivo, iniziamo un percorso di psicoterapia ad orientamento psicodinamico. Parallelamente, a seguito di una visita psichiatrica, Luca inizia anche una cura farmacologica.

Le prime settimane e i primi mesi sono faticosi: le sedute si susseguono, apparentemente senza uno scopo preciso. Lavoriamo sui convincimenti emotivi, sul peso che la perdita di lavoro ha avuto per l'esordio della sintomatologia, sulla fragilità già presente prima dell'episodio scatenante. Via via i nostri incontri iniziano ad essere per lui un appuntamento importante della settimana a cui non vuole mancare.

Esattamente dopo 6 mesi, Luca decide di riprendere a fare tennis, "giusto per fare qualcosa". Il sonno risulta essere ancora interrotto e le giornate sempre troppo lunghe. In seguito, accanto al tennis, ritrova parte del suo appetito che aveva perduto. Questo per me è un buon segno: significa che sta elaborando quell'atteggiamento fortemente auto-colpevolizzante che da sempre lo perseguita.

Ad un anno di distanza dal nostro primo incontro, Luca decide di cambiare il proprio atteggiamento nei confronti del gruppo di lavoro.

Dopo ulteriori mesi, a fronte di un ritrovato e sufficiente tono dell'umore, cambia terapia farmacologica, diminuendo la quantità di farmaci e si rimette in pista in campo lavorativo.

Dopo 2 anni di terapia, Luca ha ritrovato il suo senso dell'umorismo ed ha riscoperto una certa leggerezza nell'affrontare la vita quotidiana. Non vuole ancora interrompere la terapia sebbene io ritenga che potrebbe farlo visto il ritrovato equilibrio psicologico. Sente ancora il bisogno di lavorare su alcuni aspetti di sé che lo rendono fragile di fronte a certi eventi traumatici e ai cambiamenti.

A questo punto del nostro percorso si inserisce la pandemia. È marzo 2020. La mia ultima seduta in studio prima del lockdown è stata proprio con Luca, di martedì, come ogni martedì alle 17.30.

Il giorno successivo a questa ultima seduta mi chiama e mi chiede come sto, capisco subito che qualcosa non va e gli chiedo il perché di questa preoccupazione. Mi risponde di aver paura di avermi contagiato. Si è svegliato con la febbre alta e una tosse fastidiosa. Cerco di rassicurarlo come meglio posso, ma sono preoccupata, per me, ma soprattutto per lui a causa delle patologie delle quali soffre. Quando finisce la telefonata cominciano i miei sensi di colpa perché per venire in seduta da me prende il treno in quanto non può guidare. Ho pensieri come «avrei dovuto dirgli di stare a casa già a fine febbraio, non l'ho tutelato abbastanza».

Passa qualche giorno e non ho notizie. Posso aspettare il martedì nell'ora della nostra seduta o chiamarlo prima per sapere come sta. Da quel momento decido di modificare il setting.

Finora, il ricorso a strumenti tecnologici per effettuare colloqui era circoscritto a situazioni particolari, cambiamenti di vita dei pazienti, difficoltà ad incontrarsi per lontananza, in cui l'unica soluzione per non interrompere il trattamento, rimaneva appunto un video collegamento in skype, una modalità comunicativa, non accettata da tutti né, ancora, molto diffusa. Sebbene anche Freud, alla fine dell'Ottocento, abbia ritenuto utile fare ricorso ad una variazione del setting classico nel caso di Katharina – tenendo i colloqui al tavolino di un albergo in un rifugio alpino – tuttavia l'emergenza sanitaria ha determinato una situazione del tutto nuova per tutti i pazienti e tutti i clinici. Nel momento contingente lo strumento tecnologico non è più lo strumento che entra dentro la stanza, ma è lo strumento grazie al quale è possibile mantenere la continuità del legame permettendo un adattamento del setting alla precarietà della situazione. Le norme di restrizione hanno portato ognuno di noi a confrontarsi con questi nuovi strumenti inserendoli nel setting.

Ricomincio a chiamare Luca: la situazione clinica è peggiorata, fa fatica a respirare e la febbre è sempre più alta; dalle videochiamate passiamo alle telefonate, poi ai messaggi fino al punto che lo ricoverano d'urgenza e da lì non ho più sue notizie ma comincio a sentire la moglie che avevo conosciuto solo attraverso i suoi racconti.

Subito è risultato impensabile lasciare illesa la "ritualità" dello stesso giorno alla stessa ora. Un primo problema da affrontare, quindi, sono stati l'organizzazione logistica e lo spazio interno, necessariamente flessibili. Ciò ha portato a riflettere sul setting che, va sottolineato, è in funzione del benessere della persona.

Sento la moglie di Luca al telefono due volte a settimana, o ogni qualvolta l'ospedale chiama per darle notizie. È emotivamente difficile perché siamo preoccupate entrambe, la moglie ha paura che entri nuovamente in depressione e che si lasci andare ma io le dico che è un combattivo e ad ogni telefonata ha bisogno che le ripeta questa cosa. Dopo tre settimane di silenzio mi arriva un messaggio da Luca: «Quadro clinico migliora. Qualcuno mi ha insegnato a combattere e lo faccio sempre». Da quel giorno con grande gioia comincio a risentire anche lui fino a quando dopo due mesi di ospedale torna a casa.

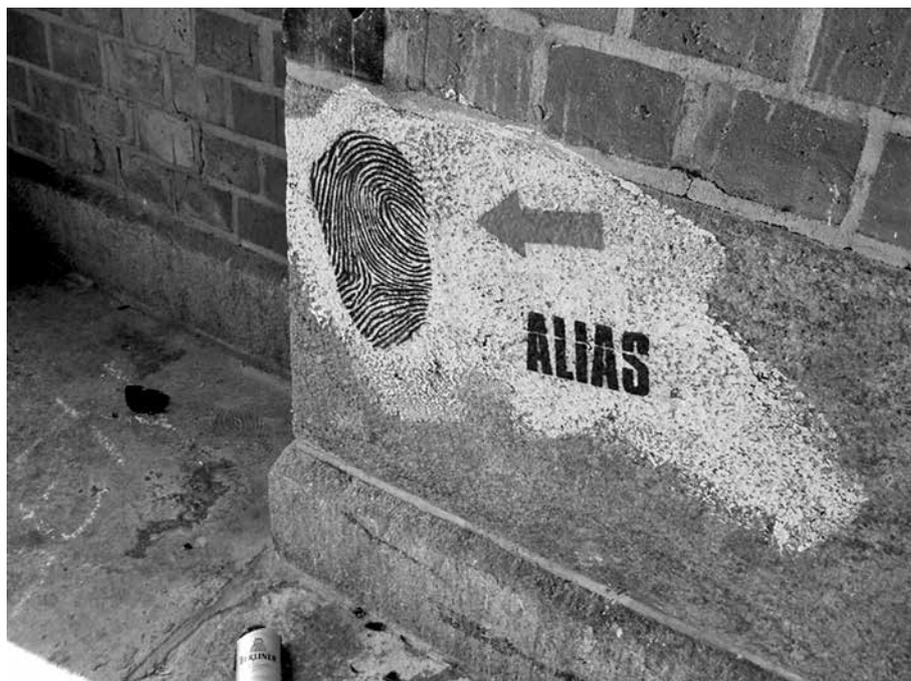
Tutto questo mi ha fatto riflettere su come sia stato importante modificare il setting su misura del contesto. Quello che è stato fondamentale a mio avviso, per la nostra relazione, è stata la continuità, far sentire la presenza al di là di tutti i modelli. L'essere presente in modo continuo e attivare la rete sociale affettiva ha permesso di contenere l'ansia sia mia che dei pazienti.

La perdita degli aspetti materiali ed esterni del setting, delle coordinate spaziali della stanza di consultazione, è stata, per così dire, compensata da nuovi elementi del mondo e della realtà dei pazienti che hanno abitato e co-costruito ciò che si potrebbe definire, provvisoriamente, lo scenario del colloquio. Il paziente ci ricorda sempre l'impossibilità di essere rinchiuso in una somma di tecniche e teorie poiché la pratica terapeutica incontra una soggettività che non può esservi riassorbita. Così un evento pandemico ha promosso il confronto con quelle regole che a volte rischiano di ostacolare il moto della pratica clinica.

Una delle funzioni del setting è quella di permettere che il processo si svolga co-

Nel momento contingente lo strumento tecnologico non è più lo strumento che entra dentro la stanza, ma è lo strumento grazie al quale è possibile mantenere la continuità del legame permettendo un adattamento del setting alla precarietà della situazione. Le norme di restrizione hanno portato ognuno di noi a confrontarsi con questi nuovi strumenti inserendoli nel setting

L'esperienza del covid-setting ha messo in luce, oltre alla centralità, nelle relazioni di aiuto, del setting interno come assetto mentale del clinico, anche la necessità di una riflessione a tutti i livelli sulle modalità con cui adattare in maniera flessibile gli strumenti teorici e la prassi clinica a congiunture straordinarie



gliando le comunicazioni inconsce che avvengono nel campo simbolico-analogico. Dall'esperienza di questa esperienza ho potuto avvertire quanto il processo avviato nella stanza di terapia continua a prendere forma e svilupparsi nell'online.

Nel corso del tempo, nel movimento psicoanalitico si sono sempre svolti dibattiti sull'identità della psicoanalisi e sulla sua specificità, vale a dire cosa è psicoanalisi e cosa non lo è, ed anche riflessioni sugli accorgimenti tecnici che rendono possibile il lavoro psicoanalitico. Avendo fiducia nella psicoanalisi come teoria e come metodo terapeutico possiamo tentare di pensare ad accorgimenti e cambiamenti che possono adattarsi alla realtà online senza snaturare il metodo stesso. Infatti, le teorizzazioni dovrebbero essere concepite come un tentativo provvisorio e parziale di interpretare gli elementi operativi e le valenze trasformative della prossimità specifica della situazione psicoanalitica e del dialogo che in essa si svolge.

L'esperienza del covid-setting ha messo in luce, oltre alla centralità, nelle relazioni di aiuto, del setting interno come assetto mentale del clinico, anche la necessità di una riflessione a tutti i livelli sulle modalità con cui adattare in maniera flessibile gli strumenti teorici e la prassi clinica a congiunture straordinarie.

Dopo la condizione dovuta all'infezione da Covid del paziente sono emersi anche dei sintomi legati al trauma psicofisico subito e al momento del percorso psicoterapeutico in atto Luca si trova in una condizione psicologica a lui più favorevole.

Nel concludere la riflessione sul caso ho ritenuto necessario sottolineare che lo psicologo-psicoterapeuta ha il compito di fare i conti con la contemporaneità in cui vive. Il momento storico che stiamo vivendo ci ha costretto a riformulare risposte adattabili per l'intera collettività.

*Psicologa, psicoterapeuta, esperta in psicologia del lavoro e delle organizzazioni, docente presso Istituto di Psicologia Psicoanalitica – Brescia [ele-riva@libero.it]

Psychotherapy at the time of Covid-19. A clinical case: Luca

The Author reflects on her experience with a patient who has been affected by Covid-19 and underlines the need for a psychoanalyst to abandon the conventional rules about setting in favour of a more realistic comprehension of the patient's condition

KEYWORDS: change, everyday routine, recovery

link
società

**Femminicidio, violenza domestica
e violenza di genere:
tre "emergenze sociali"
di estrema attualità**

FULVIO FRATI



Femminicidio, violenza domestica e violenza di genere: tre “emergenze sociali” di estrema attualità

Femicide, home-violence and gender-based violence: three “social emergencies” of extreme relevance

Femminicidio, violenza domestica e violenza di genere costituiscono oggi tre fenomeni sociali di gravissima ed estrema attualità sia in Italia che in molti altri Paesi di ogni continente, tali da assurgere ormai al ruolo di vere e proprie “emergenze sociali”. Sono pertanto stati oggetto in questi ultimi decenni di svariati ed approfonditi studi sia di matrice sociologica e psicosociale da un lato sia di impostazione psicologico-clinica e psicoanalitica dall’altro. In questo lavoro l’Autore cerca di sintetizzare alcuni tra i principali risultati prodotti al riguardo da entrambi questi approcci, al fine di offrirne una sintesi potenzialmente utile per cercare di contrastare, in modo tendenzialmente più efficace di quanto non sia stato fatto sinora, la permanenza di tali comportamenti maschili all’interno delle nostre future comunità

FULVIO FRATI*

PAROLE CHIAVE: Femminicidio; Persecuzione; Studi Critici sugli Uomini e le Mascolinità; Teoria della Maschilità Egemone; Violenza di genere; Violenza domestica

Introduzione

La parola “femminicidio”, già utilizzata nel XIX secolo in ambito anglosassone per definire genericamente le azioni particolarmente violente, sia dal punto di vista fisico che da quello psicologico, attuate da un individuo di genere maschile nei confronti di una donna, ha acquisito in questi ultimi decenni un significato molto più specifico e preciso. Essa è stata infatti ripresa nel 1990 da Jane Caputi e Diana E. H. Russell con lo scopo di definire ed evidenziare non la generica uccisione o tentata uccisione di una qualunque persona di genere femminile, bensì l’aggressione a scopo di omicidio e l’eventuale uccisione di una ben specifica donna da parte di un uomo «per motivi di odio, disprezzo, piacere o senso di possesso della donna» (Caputi & Russell, 1990). Da allora esso costituisce un sottoinsieme preciso, all’interno della totalità dei casi di omicidio o di tentato omicidio che hanno come vittima una persona di genere femminile, in quanto definisce un tipo di crimine che si caratterizza non solo per il genere femminile delle vittime, ma anche e soprattutto per i motivi psicologici individuali e sociali, o per essere ancora più precisi sia emotivi che culturali, che ne sono alla base.

Del resto, fino al 1981 il nostro Codice penale ha mantenuto al proprio interno il cosiddetto “delitto d’onore”, attraverso l’articolo 587 che stabiliva pene irrisorie (da tre a sette anni) nei confronti di chi uccideva il coniuge o un altro parente stretto che avesse instaurato una “illegittima relazione carnale”. Si tratta, come sottolinea al riguardo Ana Luisa Botto, di un «esempio illuminante della diffusione di un atteggiamento culturale assolutorio o almeno giustificativo da cui non è immediato affrancarsi» (Botto, 2016). Lo stesso “atteggiamento culturale assolutorio” di cui sino a pochi anni prima era stato un altro lampante esempio il cosiddetto “matrimonio riparatore”, che metteva per sempre al riparo da conseguenze penali il reo di uno stupro o di un altro reato sessuale nei confronti di una donna che accettasse, allo scopo socialmente e culturalmente determinato di “riacquistare il proprio onore perduto” (chiaro esempio di un atteggiamento mentale che di fatto “criminalizzava la vittima” e tendeva, all’opposto, ad una rapida assoluzione del suo carnefice), la proposta di matrimonio a lei avanzata da parte del suo stupratore successivamente ai crimini commessi verso di lei.

Proprio per l’importanza dei fattori culturali e sociali nel Diritto e nelle Scienze Forensi e Criminologiche, pertanto, l’utilizzo di un termine specifico per definire una forma di delitto con peculiari caratteristiche risulta particolarmente utile ed opportuno proprio quando tale reato, per ragioni sociali o culturali, tende ad essere tollerato o giustificato, oppure riesce a nascondersi all’interno di gruppi di reati più vasti rendendosi di fatto socialmente “invisibile” risultando perciò estremamente difficile da combattere e da estirpare. Come ha recentemente spiegato, al riguardo, la psicologa e psicoterapeuta italiana Giuliana Mussa Jacob, «Anche trovare le parole giuste è utile per far emergere dall’invisibilità e dal silenzio comportamenti violenti così connaturati con la tradizione, i valori dominanti e persino le norme, da passare quasi inosservati» (Jacob, 2016).

Possiamo quindi definire ora ancora più precisamente il femminicidio, utilizzando la descrizione che di tale crimine hanno fornito la stessa Diana E. H. Russell e Jill Radford nel loro libro del 1992 *Femicide. The Politics of woman killing*, nel modo seguente: «Qualsiasi forma di violenza esercitata sistematicamente sulle donne in nome di una sovrastruttura ideologica di matrice patriarcale, allo scopo di perpetuare la subordinazione e di annientare l’identità attraverso l’assoggettamento fisico o psicologico, fino alla schiavitù o alla morte» (Radford & Russell, 1992). Il femminicidio, in altri termini, può essere considerato come un fenomeno specifico all’interno del più vasto insieme della cosiddetta “violenza domestica di genere” (che, a sua volta, può essere considerato come un significativo sottoinsieme dell’ancora più vasto gruppo di comportamenti noti come “violenza domestica”): esso costituisce un tipo di delitto che si origina sulla base di reazioni emotive maschili primitive, arcaiche, barbare. Modalità che ancor oggi, anche nel nostro Paese ma certamente non solo in Italia, continuano evidentemente a fare estremamente fatica a lasciare spazio a relazioni più civili, più accettabili, almeno sufficientemente rispettose della propria partner in quanto essere umano.

Il femminicidio può essere considerato come un fenomeno specifico all’interno del più vasto insieme della cosiddetta “violenza domestica di genere” (che, a sua volta, può essere considerato come un significativo sottoinsieme dell’ancora più vasto gruppo di comportamenti noti come “violenza domestica”): esso costituisce un tipo di delitto che si origina sulla base di reazioni emotive maschili primitive, arcaiche, barbare

I dati statistici sul fenomeno del femminicidio in Italia

Secondo i dati statistici ufficiali aggiornati al 31 Dicembre 2018 su questo specifico reato (successivamente a questa data sono a tutt’oggi disponibili solo dati ufficiali e parziali), dal 2008 al 2018 sono state uccise ogni anno in Italia, per motivi che fanno sicuramente registrare tali eventi sotto la categoria dei femminicidi, dalle 110 a oltre 130 donne. Nel periodo in questione si è quindi registrato nel nostro Paese, in media, un femminicidio ogni due/tre giorni: nel 2018, in particolare, le vittime di femminicidio in Italia sono state 115.

Nella tabella 1 si evidenzia l’incidenza delle donne italiane uccise per femminicidio nel 2018 in Italia, rispetto al totale generale e rispetto a quelle straniere. Il totale infatti risulta 115 di cui 84 italiane pari al 73,04%, mentre sono 30 quelle straniere pari al 26,09% (per una vittima la nazionalità non è stata accertata con certezza).

Tabella 1. Numero di donne uccise dal 2008 al 2018

Anni	Numero totale femicidi
Numero donne uccise 2018	115
Numero donne uccise 2017	112
Numero donne uccise 2016	121
Numero donne uccise 2015	117
Numero donne uccise 2014	115
Numero donne uccise 2013	134
Numero donne uccise 2012	126
Numero donne uccise 2011	130
Numero donne uccise 2010	129
Numero donne uccise 2009	121
Numero donne uccise 2008	113
TOTALE	1333

Tabella 2. Nazionalità della vittima di femminicidio

Nazionalità	Numero assoluto	%
Italiana	84	73,04%
Straniera	30	26,09%
N.d.	1	0,87%
TOTALE	115	100%

Nella tabella 2 si entra maggiormente nel dettaglio del fenomeno, e si può quindi evincere che il 26,09% di donne straniere si suddivide in donne che provengono dall'Est Europa, 13,04%, dall'America Latina, 5,22%, dall'Asia, 3,48%, e dall'Africa 4,35%.

Come si può osservare sia dalla tabella sopra che da quella sotto esiste un dato non definito da cui si può intendere la drammaticità derivante dall'assenza di dati affidabili che rilevino il fenomeno nella sua interezza; ad oggi appare evidente che vi siano situazioni marginali, opache, come ad esempio quelle legate a comunità particolarmente chiuse, o nel caso di vittime di tratta.

Il problema del reperimento dei dati, ad esempio quelli dell'anno 2018, si evidenzia maggiormente se mettiamo a confronto diverse fonti come, ad esempio, il rapporto Eures 2019, il report finale del Gruppo di lavoro sul femminicidio della Casa delle donne per non subire violenza, i dati Istat ecc.

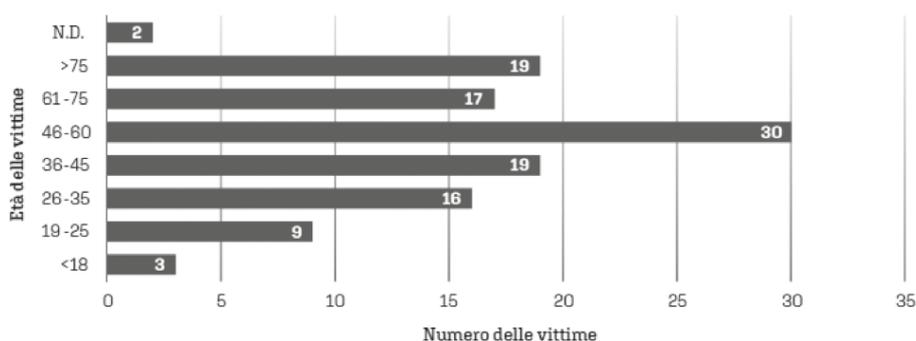
Infatti alcune fonti citano 115 vittime, mentre altre 142, ed è evidente che all'interno di questa forbice si celino, come già evidenziato sopra, vicende dagli aspetti ancora oscuri ma comunque sempre drammatici.

Tabella 3. Provenienza delle donne uccise. Macroregioni

Macroregioni	Numero assoluto	%
Italia	84	73,04%
Est Europa	15	13,04%
America Latina	6	5,22%
Asia	4	3,48%
Africa	5	4,35%
N.d	1	0,87%
TOTALE	115	100%

Dal confronto con l'anno precedente si rileva un aumento delle vittime italiane, dell'Est Europa e dell'America Latina, mentre rimane invariato il dato che riguarda l'Africa.

Grafico 1. Età delle vittime



Rispetto al 2017 si ha la conferma del trend in riferimento alle vittime di età compresa fra i 46 e i 60 anni, seguite da quelle fra i 36 e i 45 anni (Grafico 1).

Per quanto riguarda i moventi, occorre incrociare dati che derivano da prospettive differenti. Ad esempio, se si analizza la relazione intercorsa fra l'autore del femminicidio e la donna vittima, si desume che ci sono chiare evidenze che mostrano che le donne maggiormente coinvolte nel fenomeno sono quelle inserite in, o appena uscite da, una relazione, di convivenza o matrimonio nella quale da molto tempo si verificavano episodi di violenza domestica: violenza di natura fisica, psicologica, economica, ecc.

Per quanto riguarda la fascia d'età superiore ai 75 anni, la causa scatenante è il più delle volte una malattia della donna, legata all'incapacità da parte del partner di farsi carico di quelli che sono i compiti di cura socialmente e culturalmente affidati, per tradizione, alla donna.

Tuttavia, secondo i dati Onu, l'Italia sarebbe una delle nazioni europee non particolarmente pericolosa per le donne: moltissimi Paesi europei sembrerebbero infatti presentare un dato relativo agli omicidi delle donne superiore del 30% e oltre a quello italiano. Un esempio è quanto si verifica in Spagna, dove gli omicidi delle donne nel

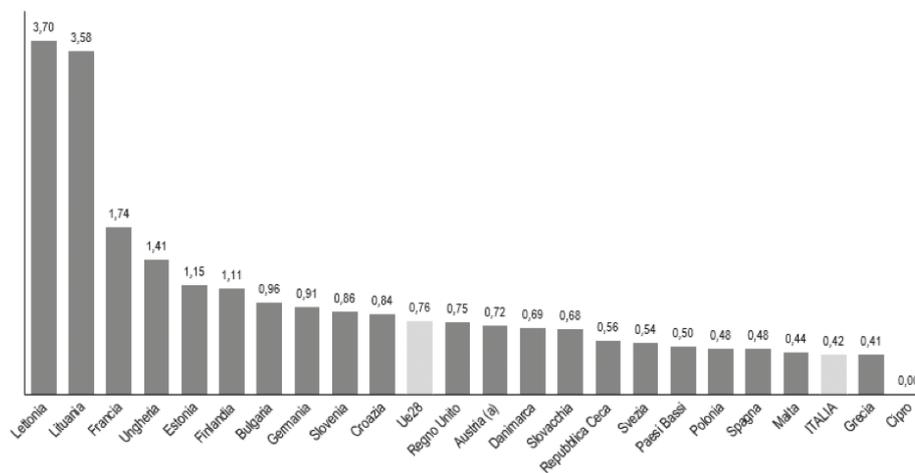
Secondo i dati Onu, l'Italia sarebbe una delle nazioni europee non particolarmente pericolosa per le donne: moltissimi Paesi europei sembrerebbero infatti presentare un dato relativo agli omicidi delle donne superiore del 30% e oltre a quello italiano. Un esempio è quanto si verifica in Spagna, dove gli omicidi delle donne nel 2009 sono stati il 43% degli omicidi totali, o il trend della Germania dove in anni recenti essi hanno raggiunto addirittura il 47%

Se analizziamo i dati storici del quinquennio 2012-2017, possiamo rilevare che, su un totale di 417 sentenze relative ad omicidi di donne registratesi in Italia in questi ultimi cinque anni, 355 sono stati valutati dai giudici come femminicidi: essi sono stati quindi l'85% del totale degli omicidi agiti nei confronti delle donne. Una percentuale che non ha bisogno di commenti, che si descrive da sola e che è, purtroppo, tragicamente inequivocabile

2009 sono stati il 43% degli omicidi totali, o il trend della Germania dove in anni recenti essi hanno raggiunto addirittura il 47%.

Secondo i dati Europei riferiti al 2016, i Paesi in cui è maggiore l'incidenza dei femminicidi tra la popolazione – come illustrato dal grafico 2 – sarebbero nell'ordine la Lettonia, la Lituania, la Francia e l'Ungheria, mentre in tale elenco l'Italia figurerebbe al terzultimo posto risultando peggiore solo rispetto alla Grecia e a Cipro.

Grafico 2. Incidenza dei femminicidi nella popolazione



Fonte: Eurostat.
 Metadati: https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/crim_esms.htm
 (a) Anno 2016

Questo "bias" tra la percezione sociale della gravità del fenomeno e quanto apparirebbe invece dai dati statistici più diffusi si spiega almeno in parte col fatto per cui, a parte qualche sito Internet che aggiorna i dati quasi in tempo reale, molti altri siti registrano i dati del fenomeno con ritardi significativi, a volte estremamente ragguardevoli. Infatti i dati reperibili su molti siti web non sono quasi mai dati come certi, e spesso volte arrivano in ritardo impiegando anche più di un anno. È quindi chiaro che rispetto al femminicidio e alla violenza domestica di genere non va mai "abbassata la guardia" perché il fenomeno potrebbe poi emergere con dati ancor più allarmanti. Pare pertanto evidente che siamo di fronte a un fenomeno sociale che risulta, come si suol dire, "mal descritto dai dati".

In ogni caso, se analizziamo i dati storici del quinquennio 2012- 2017, possiamo rilevare che, su un totale di 417 sentenze relative ad omicidi di donne registratesi in Italia in questi ultimi cinque anni, 355 sono stati valutati dai giudici come femminicidi: essi sono stati quindi l'85% del totale degli omicidi agiti nei confronti delle donne. Una percentuale che non ha bisogno di commenti, che si descrive da sola e che è, purtroppo, tragicamente inequivocabile. Dal 2012 al 2017, e quindi presumibilmente ancora oggi stesso, oltre quattro donne su cinque di tutte quelle che vengono uccise in Italia non lo sono per motivi generici o casuali, bensì per una precisa e sottostante "forma mentis" di chi compie tale crimine legata ad una visione del rapporto tra i sessi sbilanciata, rozza ed ormai sicuramente qualificabile come assolutamente incivile ed inaccettabile, per la quale il maschio considera la donna come un oggetto che deve essere di propria esclusiva proprietà e di cui si sente conseguentemente in diritto di determinare e limitare, anche sino a distruggerle, l'autonomia, l'indipendenza, l'identità e addirittura la stessa vita.

Inoltre, secondo un'analisi più vasta che dal 2007 al 2016 ha preso in esame i comportamenti legati alla violenza di genere in senso più ampio, e non solo quella che ha portato la vittima di tali violenze alla morte, quasi sette milioni di donne italiane della nostra odierna società hanno sicuramente subito nel corso della loro vita qualche significativa forma di abuso fisico, sessuale o psicologico.

La normativa italiana ed internazionale sui fenomeni della violenza di genere e del femminicidio

Nell'ottobre 2013 il Senato della Repubblica Italiana ha approvato la Legge 27 giugno 2013 n. 7 contro lo stalking ("persecuzione") e il femminicidio. Tale normativa rientra nel quadro delineato dalla Convenzione di Istanbul, primo strumento internazionale giuridicamente vincolante sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica. L'elemento di novità di questa Convenzione, rispetto alla normativa internazionale ad essa preesistente, è rappresentato dal riconoscimento della violenza sulle donne come forma di discriminazione e di violazione dei diritti umani.

Questa Legge italiana, che come si è detto rientra nell'ambito di quanto sancito dalla Convenzione di Istanbul che il nostro Paese ha riconosciuto e sottoscritto, si basa soprattutto sull'inasprimento delle pene e delle misure cautelari. È stato infatti finalmente introdotto, almeno come possibilità esplicita, l'arresto in flagranza per i reati di maltrattamento in famiglia e di stalking: inoltre, la polizia giudiziaria può ora disporre l'allontanamento del perpetratore dalla casa familiare e il divieto di avvicinarsi ai luoghi frequentati dalla persona offesa. Gli aggressori allontanati dall'abitazione familiare potranno essere controllati attraverso un braccialetto elettronico e, in caso di denuncia per presunto stalking, possono essere disposte intercettazioni telefoniche.

Il nuovo testo prevede anche l'inasprimento delle pene quando la violenza è commessa contro una persona con cui si ha una relazione, e non soltanto se si convive oppure si ha un vincolo (precedente o attuale) di matrimonio. Altre aggravanti sono inoltre previste quando i maltrattamenti avvengono in presenza di minori e contro le donne incinte.

Tuttavia, nonostante questa importante Legge approvata nel 2013, l'ultima analisi parziale dei dati dell'ISTAT e del Ministero della Giustizia (Audizione del Presidente dell'Istituto nazionale di statistica Giorgio Alleva - ISTAT, Roma, 27 settembre 2017) ha mostrato cifre che ci evidenziano come quello della violenza di genere sia nel nostro Paese un fenomeno che non si arresta e neppure retrocede. Dalle violenze domestiche allo stalking, dallo stupro all'insulto verbale, la vita delle donne è ancor oggi, anche in Italia, significativamente condizionata ogni giorno da inaccettabili violazioni della loro più intima sfera personale.

Infatti non vi sono solo l'omicidio o il tentato omicidio: la violenza verso le donne è anche nel nostro Paese un fenomeno estremamente vasto e differenziato, tanto che tra le donne italiane il 20.2% ha subito almeno una volta nel corso della propria vita qualche significativa forma di violenza fisica, il 21% ha subito molestie sessuali, ed il 5,4% è stata vittima di forme più gravi di violenza sessuale come ad esempio lo stupro (circa 652 mila) o il tentato stupro (circa 746 mila).

Molto frequenti anche i casi di violenza psicologica: circa 3 milioni 466 mila donne italiane di oggi hanno subito nel corso della propria vita atti persecutori o stalking, una percentuale pari al 16.1% delle donne italiane. Tra di loro, 1 milione 524 mila l'ha subito dall'ex partner, 2 milioni 229 mila da persone diverse dall'ex partner.

Circa un decimo delle donne italiane, peraltro, ha subito molestie o violenze sessuali prima dei 16 anni, molte di loro più di una volta e spesso ripetutamente. Le violenze in età adolescenziale sono ricercabili soprattutto all'interno delle stesse famiglie delle vittime: alte percentuali più alte degli autori di violenze sessuali su vittime minori di 16 anni si riscontrano infatti tra i loro parenti. Inoltre, il 30.6% delle ragazze che ha subito violenza da un parente è stata costretta ad avere un rapporto sessuale non consensuale: il 7.7% da uno zio, il 7.1% dal padre, il 4.4% da un nonno, il 2.7% da un componente della fratria e percentuali più basse da altre figure parentali.

La maggior parte degli abusi subiti, in particolare quelli avvenuti ad opera dei famigliari, rimangono per molti anni un segreto che le vittime non riescono a confidare, per paura o vergogna. Il 56.3% delle vittime non trova infatti un confidente a cui rivolgersi, con il picco di 80.8% di coloro che hanno subito abusi da fratelli, sorelle, fratellastri e sorellastre che non vengono mai o quasi mai confessati.

Solo il 26.4% delle donne vittime di violenza riesce in tempi rapidi (e cioè utili ai fini di una denuncia, che può essere presentata in genere entro sei mesi dal fatto-reato) a confidarsi con un familiare, alla ricerca di conforto e aiuto. Altre volte risultano invece gli amici e i vicini di casa le persone a cui le vittime riescono a rivolgersi, con una percentuale dell'11.5% quando gli autori delle violenze sono all'interno della

Non vi sono solo l'omicidio o il tentato omicidio: la violenza verso le donne è anche nel nostro Paese un fenomeno estremamente vasto e differenziato, tanto che tra le donne italiane il 20.2% ha subito almeno una volta nel corso della propria vita qualche significativa forma di violenza fisica, il 21% ha subito molestie sessuali, ed il 5,4% è stata vittima di forme più gravi di violenza sessuale come ad esempio lo stupro (circa 652 mila) o il tentato stupro (circa 746 mila).

I dati smentiscono molti stereotipi, soprattutto quelli tendenti a considerare la violenza di genere come legata soprattutto ad un contesto sociale disagiato, straniero, slegato dalla nostra cultura ed estraneo alle mura domestiche delle famiglie "normali". È infatti dentro case apparentemente del tutto normali che si consumano la maggior parte di questi crimini, spesso dopo anni di violenze fisiche e psicologiche, spesso inascoltate ma altre volte denunciate, senza un reale sistema di protezione efficace per proteggere efficacemente quelle che poi diventeranno vittime

cerchia parentale; quando gli autori delle violenze sono altri amici o conoscenti, le confidenze ad amici e vicini di casa si alzano al 24%.

Pochissime vittime si sono rivolte in prima istanza alle istituzioni o presso servizi specializzati, e solo una percentuale dello 0.3% risulta essersi immediatamente rivolta ad un avvocato o alle Forze dell'Ordine. Tra le vittime che non si sono rapidamente rivolte a istituzioni o a servizi specializzati, all'incirca una su due afferma di non averlo fatto perché ha gestito la situazione da sola.

Tutti questi dati, a mio avviso, mostrano quanto sia ancora diffuso nell'attuale realtà del nostro Paese un atteggiamento mentale che vede la donna non come una "persona" portatrice di autonomi ed insindacabili diritti ma, al contrario, come una sorta di "oggetto al servizio del maschio", qualcosa da potersi quindi permettere di tentare di asservire ai propri desideri ed alla propria volontà (al limite con l'uso della forza e della violenza fisica oltre che con altre illegittime forme di controllo sociale quali la calunnia, la diffamazione, il mobbing e lo stalking anche attraverso i moderni mezzi di comunicazione inclusi quelli telematici ed in particolare i social networks).

Il tragico estremo di tutto questo, come si è detto, è rappresentato dal femminicidio, che dimostra non solo di essere ancora un reato troppo diffuso numericamente, ma soprattutto la punta più estrema e grave di un problema sociale di rapporto del genere maschile verso quello femminile che necessita quindi di una risposta non solo giudiziaria, ma anche, e forse soprattutto, culturale, psicologica ed educativa.

L'analisi statistica del femminicidio in Italia secondo i più recenti dati al momento disponibili

In Italia, secondo i dati relativi all'anno 2015, il femminicidio si è più sviluppato al Nord seguito dal Centro, dal Sud e dalle Isole. Nella maggior parte dei casi l'autore dell'omicidio è il partner ed il luogo del delitto è la casa, seguita dalla strada. Nel 74.5 % dei casi l'autore del delitto è italiano, mentre nel 25.5 % è straniero. Nel 77.6 % dei casi la vittima del delitto è italiana, mentre nel 22.4 % è straniera.

La ricerca di indipendenza della donna, unita all'incapacità dell'uomo di gestire la separazione, costituisce un fortissimo fattore di rischio in quanto risulta presente nel 93.5% dei casi. Un altro elemento certamente non trascurabile è poi quello della storia di violenza della coppia: il 21.4% riporta la presenza di maltrattamenti perpetrati in precedenza dall'autore alla vittima, e denunciate nel 44% dei casi.

Tali dati smentiscono molti stereotipi, soprattutto quelli tendenti a considerare la violenza di genere come legata soprattutto ad un contesto sociale disagiato, straniero, slegato dalla nostra cultura ed estraneo alle mura domestiche delle famiglie "normali". È infatti dentro case apparentemente del tutto normali che si consumano la maggior parte di questi crimini, spesso dopo anni di violenze fisiche e psicologiche, spesso inascoltate ma altre volte denunciate, senza un reale sistema di protezione efficace per proteggere efficacemente quelle che poi diventeranno vittime.

Nel 55.8% dei casi tra autore e vittima esiste una relazione sentimentale, in atto o pregressa. Nel 75% dei casi il femminicidio avviene in ambito familiare: nel 63.8% dei casi si evidenzia che la vittima e l'autore erano coniugi o conviventi, nel 12% erano fidanzati e il 24% aveva intrattenuto una relazione sentimentale terminata prima dell'omicidio.

Gli autori di femminicidi nella maggior parte dei casi appartengono ad una fascia di età compresa tra i 31 e i 40 anni, seguita da quella che comprende un'età tra i 41 e i 50. Le vittime invece sono più giovani: a morire per mano dei propri compagni sono per lo più ragazze tra i 18 e i 30 anni. È però da evidenziare come anche in Italia sia in crescita il fenomeno del femminicidio verso donne anziane, stanno infatti aumentando gli omicidi di donne di età compresa tra i 71 e gli 80 anni.

Secondo le analisi condotte dall'Istat in collaborazione con il Ministero della Giustizia, le più frequenti tipologie di femminicidio si verificano mediante dirette colluttazioni "corpo a corpo" dove, spesso, l'assassino arriva a sfogare una rabbia inaudita. L'arma più utilizzata è il coltello, sia da caccia o da campeggio che da cucina, che viene utilizzato nel 40.2 % dei casi: quasi sempre, nei femminicidi che si realizzano con questo tipo di arma, le donne vengono colpite ripetutamente, raramente con solo uno o due colpi mortali. Nel 15.5% dei casi la donna viene uccisa con altri oggetti di uso comune: martelli, bastoni, picconi, rastrelli, utilizzati come corpi contundenti con brutalità fino alle estreme conseguenze. Nel 18% dei casi l'omici-

dio avviene tramite strangolamento; le armi da fuoco vengono invece utilizzate nel 12.8% dei casi. Nel 9% dei casi non viene impiegata alcuna arma ed il femminicidio avviene mediante percosse (soprattutto pugni e calci). Nel 3.2% dei casi l'omicidio avviene dando fuoco alla vittima dopo aver versato su di essa liquido infiammabile, e ciò appare come il segno inequivocabile di una rabbia non solo omicida, ma tendente anche al totale annichilimento, alla massima distruzione possibile, della vittima e del suo intero corpo. Quasi sempre la causa è legata a gelosia e istinto di possesso nei confronti della donna che viene uccisa; spesso, inoltre, alla base dei dissidi ci sono anche motivi economici. A volte ci sono episodi dove l'uomo uccide la donna perché preferisce la sua morte al mantenimento della relazione o per timore dell'eventuale scoperta di adulterio.

E poi, infine, c'è il dato non certamente trascurabile sul suicidio o sul tentato suicidio del killer: in media, negli ultimi cinque anni in Italia, nel 31.3% dei femminicidi l'assassino si è poi tolto la vita, mentre nel 9% dei casi ci ha provato senza riuscirci. Tutti questi elementi richiedono un'attenta riflessione. La loro interpretazione e discussione può partire sia da una prospettiva sociologica, storica e culturale, oppure da una prospettiva psicologica, più legata alle vicende affettive ed emotive delle persone coinvolte ma che non può, neppure essa, prescindere del tutto dalle influenze storiche e culturali. Inoltre occorre, se possibile, che queste riflessioni risultino utili per costruire strategie di contrasto efficaci per questo genere di violenza, la cosiddetta "violenza domestica di genere".

L'analisi sociale e storica sui fenomeni della violenza di genere e del femminicidio

La riflessione sociale e storica sulla violenza domestica di genere e sul femminicidio, che di essa costituisce la più drammatica espressione, sembra individuare oggi la principale causa sociale di tali fenomeni nella tendenza maschile a non considerare le donne come individui liberi e con il diritto di autodeterminarsi, ma come una sorta di "proprietà". L'aumento di casi di violenza e femminicidio viene di conseguenza sempre più associato al fatto che in questo momento storico stiamo vivendo una fase, iniziata da tempo ma probabilmente non ancora del tutto compiuta, di mutamento dell'identità femminile, che va verso l'emancipazione e la libertà e che viene perciò vissuta dagli uomini come una minaccia al proprio ruolo storico di supremazia e di dominio.

Per tali ragioni, una parte significativa degli studi al riguardo condotti in questi ultimi decenni sono di tipo sociologico e socio-psicologico, più che di tipo psicologico-clinico: essi hanno individuato «le principali configurazioni idealtipiche di politiche della maschilità nostalgiche in tre organizzazioni di matrice statunitense: i *Promise Keepers (PK)*, per quanto riguarda il ritorno ai ruoli di genere tradizionali nelle relazioni sociali; i *Men's Rights Movements (MRM)*, per la rivendicazione di maggiori diritti per gli uomini; il *Mythopoetic Men's Movement (MMM)*, per il recupero soggettivo della mascolinità cosiddetta "autentica"» (Zamperini, Primo, Testoni, 2018). Questi studi di impostazione principalmente sociologica e psicosociale, conosciuti soprattutto con l'acronimo CSMM (*Critical Studies on Men & Masculinities*), oggi «offrono una proficua direzione per studiare sia il ruolo della maschilità nel sostenere le asimmetrie di potere nelle relazioni di genere, sia l'eterogeneità dei modi in cui i soggetti arrivano a definirsi come uomini» (Zamperini, Primo, Testoni, cit., pag. 399). Uno dei più interessanti risultati di questo approccio è l'individuazione dell'esistenza, a livello sociale, della cosiddetta Teoria della Maschilità Egemone (TME), vale a dire un insieme di strutture presenti sia a livello economico, lavorativo e di potere sia a livello psichico individuale che «organizzano la formazione di relazioni tra gli individui» (Connell B., 1987, cit. da Zamperini, Primo, Testoni, 2018). Come specificano, al riguardo, gli stessi Zamperini, Primo e Testoni, «L'applicazione dell'aggettivo "egemone" – ripreso dal pensiero di Antonio Gramsci (1929-35) – allo studio delle maschilità non è casuale. Esso viene a denotare infatti un modello culturale idealizzato di maschilità che, definendosi come misura di valore, legittima specifiche relazioni gerarchiche tra le maschilità, tra maschilità e femminilità e tra uomini e donne. Egemone è dunque quella maschilità che, in un determinato contesto storico e sociale, assolve al compito di legittimare e riprodurre dinamiche patriarcali attraverso il mantenimento di una distintività positiva della maschilità dalla femminilità» (Zamperini, Primo, Testoni, cit. pag.406).

La riflessione sociale e storica sulla violenza domestica di genere e sul femminicidio sembra individuare oggi la principale causa sociale di tali fenomeni nella tendenza maschile a considerare le donne come una "proprietà". L'aumento di casi di violenza e femminicidio viene di conseguenza sempre più associato al fatto che in questo momento storico stiamo vivendo una fase di mutamento dell'identità femminile, che va verso l'emancipazione e la libertà e che viene perciò vissuta dagli uomini come una minaccia al proprio ruolo storico di supremazia e di dominio

Ogni volta che un uomo è violento, o almeno nella maggior parte dei casi in cui ciò avviene, a livello psicologico tale violenza nasce da un sentimento di fragilità, da lui considerata inaccettabile, alla quale egli cerca di resistere picchiando. Infatti la violenza è per molti il tentativo di controllare la depressione, derivata da sentimenti di umiliazione inaccettabili: spesso, peraltro, queste persone sono cresciute in ambienti violenti e sfavorevoli, essendo state umiliate o maltrattate durante l'età evolutiva dalle proprie figure di riferimento

Ciò che a mio avviso risulta pertanto opportuno tentare di fare ora per limitare il più possibile i terribili effetti prodotti a livello sociale dalla permanenza di tale visione egemonica del ruolo maschile nella nostra società contemporanea consiste, da una parte, nel cercare di contrastare con interventi di tipo psicologico ed educativo l'atteggiamento maschilista che tende a ridurre e limitare ed annullare l'autonomia decisionale della donna, e, dall'altra, nel favorire il proseguimento del processo di emancipazione femminile sia attraverso forme di dibattito che si fondino su un coinvolgimento della società civile sia attraverso un potenziamento della legislatura delle "pari opportunità" (e ciò anche mediante la rappresentazione e la divulgazione di questa nuova identità femminile emancipata attraverso i media, i giornali, le pubblicità).

Da un punto di vista storico, questa inadeguatezza della Società a stare al passo con l'emancipazione femminile si riflette nella risposta spesso tardiva o inadeguata delle istituzioni alle denunce di violenza da parte delle vittime. Spesso vi è stata violenza per molto tempo in molte situazioni che si concludono con la morte della donna (Schulman, 1979; Johnson, 1995).

Questo problema determina, insieme a molti altri, la percentuale relativamente piccola di donne che denunciano violenza. Tuttavia, su questo influiscono anche fattori di tipo psicologico. La denuncia a volte è difficile da presentare, perché vi è il concreto rischio di un aumento di maltrattamenti in condizioni di terrore, e chi è terrorizzato fa fatica a parlare; lo Stato dovrebbe dunque dedicare molto più tempo e molte più risorse alla costruzione di aree per l'ascolto delle donne, per l'indagine, per la protezione e per la prevenzione.

La componente psicologica della violenza di genere e del femminicidio e le considerazioni conseguenti

Mentre l'analisi sociale e politica sul fenomeno della violenza di genere appare quindi da tempo largamente affrontata e dibattuta, minor spazio sembra ad oggi essere stato dedicato alla discussione psicologica delle sue dinamiche e delle sue cause (Straus e Gelles 1992; Dutton, 1994). Potrebbe essere, ad esempio, che la giusta critica alla riduttiva rappresentazione dei femminicidi come "momenti di follia" o come "omicidi passionali" abbia contribuito, nel tempo, a rendere riluttanti a occuparsi di questo aspetto molti autori che altrimenti sarebbero stati, su questo tema, molto più presenti. Comunque, almeno a mio avviso, un'attenta analisi psicologica potrebbe essere di grande aiuto sia, da un lato, per far comprendere i segnali di allarme e quindi prevenire almeno in una certa misura gli atti di violenza e, dall'altro, per elaborare strategie efficaci per ridurre anche nel lungo termine tali atti. Le due spiegazioni (sociale/politica e psicologica) sono infatti assolutamente compatibili ed anzi a mio avviso complementari, ed appare pertanto importante lavorare su entrambi questi aspetti se si vuole riuscire a contrastare la violenza domestica in un modo sufficientemente efficace.

Ogni volta che un uomo è violento, o almeno nella maggior parte dei casi in cui ciò avviene, a livello psicologico tale violenza nasce da un sentimento di fragilità, da lui considerata inaccettabile, alla quale egli cerca di resistere picchiando. Infatti la violenza è per molti il tentativo di controllare la depressione, derivata da sentimenti di umiliazione inaccettabili: spesso, peraltro, queste persone sono cresciute in ambienti violenti e sfavorevoli, essendo state umiliate o maltrattate durante l'età evolutiva dalle proprie figure di riferimento.

Gli studi sul trasferimento transgenerazionale della violenza datano quasi tutti tra la fine degli anni 1980 e la metà degli anni 1990. È dunque ormai generalmente ammesso che, se un bambino o una bambina assistono a violenza sistematica da parte di un genitore verso l'altro genitore o verso un fratello o se essi stessi subiscono violenza, è in generale più facile che poi utilizzino la violenza quando si trovano a loro volta in condizioni di stress (Straus, 1998).

La violenza intra-familiare subita o assistita nell'infanzia, la violenza messa in atto dai propri genitori che spesso, a loro volta, da bambini erano stati maltrattati e che anche per tale motivo, una volta adulti, divengono maltrattanti, pare quindi essere all'origine di una parte sicuramente non trascurabile dei comportamenti violenti delle persone: essa va quindi considerata come un problema psichiatrico grave e con risvolti sociali importanti.

Afferma ad esempio, al riguardo, Otto Kernberg: «Bambini maltrattati sviluppano maggiore dipendenza dai genitori abusanti, e nell'età adulta tendono a riprodurre i rapporti di maltrattamento» (Kernberg, 2004). La violenza familiare va, pertanto, individuata e contrastata fin dall'infanzia.

L'80% dei maschi adulti non sono violenti, il 12% è violento ogni tanto e l'8% è violento sempre. Sono pertanto questi ultimi due gruppi di individui che qui ora mi paiono particolarmente interessanti, anche al fine di iniziare, nella parte conclusiva di questo lavoro, ad affrontare il complesso tema dei rapporti tra i comportamenti violenti nei maschi e i cosiddetti "Disturbi di Personalità", che sicuramente hanno un'incidenza non trascurabile nella violenza di genere e nel femminicidio. Edwards, Scott, Yarvis, Paizis e Panizzone (2003) hanno infatti dimostrato che vi è una percentuale significativa soprattutto di Disturbi di Personalità "Borderline", "Antisociale" e "Narcisistico" (secondo le attuali e più diffuse classificazioni internazionali dei Disturbi di Personalità, vale a dire il DSM-5 e l'I.C.D.-10) nella popolazione degli aggressori, dei violenti verso le donne, e che queste specifiche organizzazioni psichiche danno origine in percentuale più elevata alla violenza intra-familiare, soprattutto a quella di tipo impulsivo, rispetto ad altre patologie mentali.

Secondo questi Autori, in particolare, la violenza contro le donne nei casi di femminicidio che vengono commessi da maschi può essere classificata, dal punto di vista teorico, soprattutto nelle seguenti tipologie:

- 1) *Impulsiva intenzionale* ("Mi fa arrabbiare, perdo il lume della ragione: ho intenzione in quel momento di uccidere, l'aggreddisco, lei muore");
- 2) *Impulsiva preterintenzionale* ("Ho intenzione di fare del male ma non di uccidere, mi arrabbio, dò un pugno; ma la donna cade, batte la testa e muore");
- 3) *Impulsiva di gruppo* ("Con un gruppo di maschi, dopo avere bevuto molte birre, ci prendiamo una ragazza e la violentiamo insieme, poi la buttiamo giù dalla macchina per disfarci di lei e lei muore");
- 4) *Da fallimento della grandiosità narcisista* ("Come si permette, una come lei che prima di conoscermi non era nessuno, di sfidarmi o lasciarmi? Questa umiliazione, questa perdita della faccia è per me insopportabile, l'unico modo che ho per dimostrare chi sono io e per riaffermare il mio potere su di lei è di farla fuori");
- 5) *Dolosa premeditata* ("Ho un piano di assassinio preparato da tempo, per punire la mia ex donna che mi ha lasciato: l'aspetto sotto casa sua o all'esterno del suo luogo di lavoro, lei finalmente arriva e io l'ammazzo");
- 6) *Antisociale/Amorale* ("Mi ha stufato, non mi serve più, ho un'altra più giovane e più bella, la uccido e così sono libero").

Tuttavia, sebbene in effetti si siano verificati anche nel nostro Paese molti femminicidi sicuramente classificabili all'interno di una di queste tipologie riconducibili a veri e propri "Disturbi di Personalità", va ricordato che nella maggior parte dei casi tali disturbi non sono facilmente rilevabili. Ne risulta perciò che questo tipo di crimine viene commesso da persone apparentemente "normali", che anzi venivano descritte dai colleghi di lavoro o dagli amici del bar come persone per le quali "nessuno si aspettava una cosa del genere", e che nella maggior parte dei casi, al di fuori del contesto familiare, apparivano anzi ben integrate, socievoli, spesso addirittura simpatiche e ben volute da tutti.

Ed in tutti questi casi comunque, e cioè sia nei femminicidi commessi da persone diagnosticate o diagnosticabili come portatori di un Disturbo di Personalità (sulla base di elementi clinicamente rilevanti o anche della loro significativa biografia), sia nei casi in cui gli autori di un delitto di questo tipo sono stati descritti da tutti coloro che li conoscevano come persone "normali" o, comunque, socialmente ben integrate, la maggior parte dei femminicidi che sono accaduti in questi anni recenti nel nostro Paese appaiono comunque riconducibili ad un significativo fattore comune, e cioè la preesistenza di un legame sentimentale del carnefice con la sua futura vittima che poi la donna, spesso perché a lungo oggetto di violenze domestiche rimaste tollerate e coperte ma poi divenute pian piano inaccettabili anche per lei stessa, decide finalmente di portare a conclusione.

Da un punto di vista psicologico è pertanto importante rivolgere un forte messaggio soprattutto alle donne, che se in alcuni casi riescono a uscire da relazioni violente e a denunciarle, in molti di questi casi poi non si allontanano a sufficienza dai loro partners violenti, non si proteggono abbastanza, non leggono in tempo i segnali

Donne che accettano la compagnia di uomini violenti sviluppano infatti spesso nei loro confronti relazioni di dipendenza, la quale ha avuto di frequente origine in famiglie nelle quali la violenza e la prepotenza maschile è stata accettata o tollerata. Le ragazze che hanno padri violenti rischiano più delle altre di divenire vittime di uomini violenti

Dobbiamo ascoltare di più e interpretare più attentamente segnali come il rapido peggioramento scolastico di un bambino o come lividi o fratture di una donna troppo frequenti per essere "cadute accidentali" o "disattenzioni. Segnali che possono invece farci intuire che in quella famiglia di amici, vicini o conoscenti si è ormai avviata una spirale di violenza che potrebbe anche rapidamente evolvere verso tragici epiloghi

preliminari che c'erano stati e spesso erano anche stati estremamente chiari. Donne che accettano la compagnia di uomini violenti sviluppano infatti spesso nei loro confronti relazioni di dipendenza, la quale ha avuto di frequente origine in famiglie nelle quali la violenza e la prepotenza maschile è stata accettata o tollerata. Le ragazze che hanno padri violenti rischiano più delle altre di divenire vittime di uomini violenti (Norwood, 1990).

È perciò estremamente importante che le donne imparino a riconoscere in tempo le situazioni rischiose. Anche il più piccolo segnale di violenza (un urlo improvviso, un gesto spazientito che fa saltare il telefono dal tavolo, domande di troppo che potrebbero far pensare all'esistenza nel loro partner di una gelosia pericolosa) deve essere preso in considerazione ed interpretato come messaggio prezioso per considerare quella storia come una storia non buona, che potenzialmente ci mette a rischio, e che quindi andrebbe chiusa. Lo stesso vale, a maggior ragione, dopo il primo episodio in cui il partner non si limita all'uso di parole, ma agisce una vera e propria forma di violenza fisica come ad esempio schiaffi, pugni, gomitate o addirittura calci. Un uomo violento non cambia con l'amore di una donna, non è curabile altro che con la conquista della consapevolezza del suo problema e con il conseguente doloroso passaggio attraverso una lenta e profonda psicoterapia.

Le donne quindi devono imparare ad essere prudenti, a difendersi, a partire dai primi segnali, dalla violenza maschile e a non accettare mai, in situazioni relazionali di conflitto e violenza, richieste di incontri per chiarimenti o reciproche discussioni in cui, inevitabilmente, si esporrebbero mettendo a repentaglio la loro sicurezza e forse anche la loro stessa vita.

Spetta perciò a ciascuno di noi il compito di accorgerci di più e più rapidamente se qualcosa, all'interno del rapporto di coppia di un nostro amico o di una nostra amica che a volte ci fa un velato accenno alle sue difficoltà, ci sembra possa "sfuggire al controllo" e dare inizio ad un vortice di avvenimenti che potrebbero portare a conseguenze anche estreme, irreparabili.

Spetta a ciascuno di noi ascoltare di più ed interpretare più attentamente quei segnali, come il rapido peggioramento scolastico di un bambino o come lividi o fratture di una donna troppo frequenti da non essere più giustificabili come "cadute accidentali" o "disattenzioni verso porte o finestre aperte", che possono invece farci intuire che in quella famiglia di amici, vicini o conoscenti si è ormai avviata una spirale di violenza che potrebbe anche rapidamente evolvere verso tragici epiloghi.

Sta ad ognuno di noi uscire dall'indifferenza verso cose che erroneamente pensiamo non ci riguardino, magari perché ancora crediamo ad alcuni di quei proverbi che abbiamo sentito da bambini (come "L'amore non è bello se non è litigare" oppure "Tra moglie e marito non mettere il dito") che troppe volte, invece, hanno contribuito anch'essi a far sì che nessuno intervenisse in tempo, lasciando di fatto le future vittime di violenza domestica e persino di femminicidio sole, troppo sole.

Sta a tutti noi, quindi, mantenere alta quell'attenzione sociale che a volte può essere determinante per bloccare in tempo tali rischi.

Spetta a noi, a ciascuno di noi, il compito di far sì che non si dica mai più «Era un tipo tranquillo, simpatico... chi se lo poteva immaginare?» ma, semmai: «Sembrava un tipo tranquillo, simpatico: ma dietro quella maschera che metteva fuori di casa c'era invece un uomo realmente pericoloso che, per fortuna, è stato fermato in tempo».

La violenza domestica di genere in Italia durante il primo periodo del "lockdown" provocato dalla pandemia di COVID-19 (dal 3 Marzo 2020 al 5 Aprile 2020 inclusi)

Sulla base dei dati resi noti da Coordinamento Italiano dei Centri Antiviolenza (Rete "D.i.Re., acronimo che sta per "Donne in Rete" contro la Violenza), durante il "lockdown" recentemente attuato nel nostro Paese a seguito della pandemia di COVID-19 verificatasi all'inizio del 2020 sono state quasi tremila le donne che si sono rivolte ai Centri Antiviolenza italiani. Per l'esattezza, dal 3 marzo al 5 aprile 2020 i Centri Antiviolenza della Rete "D.i.Re" sono stati contattati complessivamente da 2.983 donne, di cui 836, pari al 28%, sono stati contatti "nuovi", cioè di donne che non si erano mai rivolte prima ai Centri afferenti a tale Rete.

L'incremento delle richieste di supporto, rispetto alla media mensile registrata con l'ultimo rilevamento statistico (2018), pari a 1.643, è stato del 74,5 per cento.

È questa, in sintesi, la “fotografia” che emerge dalla rilevazione statistica condotta da D.i.Re tra le 80 organizzazioni che aderiscono alla rete.

In particolare, durante tale periodo si è registrato un significativo incremento delle richieste di supporto da parte di donne che erano già seguite dai Centri Antiviolenza della rete D.i.Re, costrette a trascorrere in casa con il maltrattante il periodo di quarantena per l'emergenza coronavirus.

Si è invece registrato un significativo calo delle prime richieste di aiuto da parte di donne “nuove”, che non si erano mai rivolte prima a un Centro Antiviolenza.

“Ben oltre 1200 donne in più si sono rivolte ai centri antiviolenza D.i.Re in poco più di un mese, rispetto alla media annuale dei contatti registrata nell'ultima rilevazione”, ha notato al riguardo Paola Sdao, che con Sigrid Pisanu cura la rilevazione statistica annuale della rete D.i.Re, “un dato che conferma quanto la convivenza forzata abbia ulteriormente esacerbato situazioni di violenza che le donne stavano vivendo”.

“Un dato che ci preoccupa sono le nuove richieste di aiuto, che rappresentano solo il 28% del totale, quando invece nel 2018 rappresentavano il 78% del totale delle donne accolte”, ha concluso in proposito l'esperta Paola Sdao.

“E di queste solo il 3.5 per cento sono transitate attraverso il numero pubblico antiviolenza 1522. I nostri dati ci confermano che i centri antiviolenza sono un punto di riferimento per le donne a prescindere dal 1522, servizi essenziali mai citati nei vari DPCM che si sono susseguiti e che hanno proseguito la propria attività nonostante le difficoltà”, ha commentato inoltre al riguardo Antonella Veltri, Presidente di D.i.Re.

La violenza domestica di genere in Italia durante il secondo periodo della cosiddetta “fase 1” del lockdown indetto a causa della pandemia di COVID-19 (dal 6 Aprile 2020 al 3 Maggio 2020 inclusi)

Tra il 6 aprile e il 3 maggio 2020 il numero delle donne che *per la prima volta* si sono rivolte a un centro antiviolenza della rete D.i.Re per chiedere sostegno appare decisamente aumentato rispetto al periodo immediatamente precedente. Secondo la rilevazione dei dati, curata da Paola Sdao e Sigrid Pisanu, sono infatti 2.956 le donne che si sono rivolte a un centro antiviolenza della rete D.i.Re in questo periodo. Di queste, 979 (pari al 33 per cento del totale) sono quelle che si sono rivolte a un Centro D.i.Re per la prima volta.

Sale dunque il numero delle donne che *per la prima volta* si sono rivolte a un Centro antiviolenza D.i.Re, che passa da 836 tra il 2 marzo e il 5 aprile a 979 tra il 6 aprile e il 3 maggio, ovvero 143 in più, pari a un incremento del 17 per cento.

“Confrontando il numero di richieste ricevute tra il 6 aprile e il 3 maggio, ancora in pieno lockdown, vale a dire 2.956, con il numero di richieste ricevute mediamente al mese nel 2018, ultimo anno per cui è disponibile la rilevazione dati, pari a 1.643, si nota un incremento complessivo di richieste del 79.9 per cento”, fa notare Paola Sdao.

Nel complesso il dato generale resta comunque stabile: tra il 2 marzo e il 5 aprile sono stati 2.983 i contatti totali, mentre tra il 6 aprile e il 3 maggio sono stati 2.956, appena 27 in meno.

Aumenta invece leggermente, tra marzo e aprile 2020, la percentuale di donne che hanno avuto bisogno di alloggio in casa rifugio: esso sale infatti dal 5 per cento per il periodo compreso tra il 2 marzo e il 5 aprile al 6 per cento del periodo compreso tra il 6 aprile e il 3 maggio 2020.

Ancora basso, seppure in crescita, resta invece il numero delle richieste arrivate ai Centri Antiviolenza della rete D.i.Re tramite il numero telefonico gratuito nazionale 1522: tra il 6 aprile e il 3 maggio esse sono state il 4,6 per cento, mentre erano state il 3 per cento nel periodo 2 marzo-5 aprile 2020.

“Questi dati confermano da un lato l'aggravarsi della violenza nella costrizione della quarantena, con l'alta concentrazione di richieste in un solo mese rispetto a mesi senza lockdown, dall'altro l'importanza del rapporto di fiducia che si crea tra operatrici dei Centri antiviolenza e donne accolte”, ha commentato al riguardo Antonella Veltri, Presidente della Rete “D.i.Re.”

“Inoltre bisogna tener conto della trasformazione della modalità di intervento, con un incremento notevole del lavoro delle operatrici per mantenere un contatto assiduo e presente pur nella distanza”, ha poi sottolineato in proposito Mariangela Zanni, Consigliera della Rete “D.i.Re” per il Veneto.

Per molte donne, bambine e bambini i mesi di chiusura imposti dall'emergenza sanitaria COVID-19 hanno significato, in altri termini, una lunga “reclusione” con mariti, compagni o padri che già avevano avuto dei comportamenti violenti. Una pandemia non basta quindi a fermare la violenza, e in tutto il primo semestre 2020 i Centri antiviolenza italiani non hanno mai smesso di lavorare



Conclusioni

Durante l'emergenza sanitaria per il COVID-19 verificatesi in Italia nel primo semestre del 2020 le "Casa d'accoglienza" messe a disposizione dai Centri Antiviolenza delle varie città italiane in cui essi sono presenti ha sicuramente rappresentato per le vittime di violenza domestica il principale luogo di isolamento, e spesso sono state rappresentate nell' "immaginario collettivo" come un rifugio protettivo e sicuro.

Ma la violenza di genere molto spesso, come si dice, "ha le chiavi di casa". Per molte donne, bambine e bambini i mesi di chiusura imposti dall'emergenza sanitaria COVID-19 hanno significato, in altri termini, una lunga "reclusione" con mariti, compagni o padri che già avevano avuto dei comportamenti violenti.

Una pandemia non basta quindi a fermare la violenza, e in tutto il primo semestre 2020 i Centri antiviolenza italiani non hanno mai smesso di lavorare, nel tentativo di offrire una via di fuga a tutte le donne costrette ad affrontare il peso di questa doppia emergenza. Le sedi sono rimaste aperte, fatti salvi i tempi necessari all'adeguamento alla normativa, e i telefoni, dopo un primo rallentamento iniziale, hanno ripreso a squillare.

I dati relativi agli accessi ai 14 centri aderenti al Coordinamento dei Centri antiviolenza dell'Emilia-Ro-

magna nel trimestre marzo-maggio, tuttavia mostrano una diminuzione consistente delle richieste d'aiuto rispetto allo stesso trimestre nel 2019. Una diminuzione che evidentemente non riflette un calo della violenza stessa, ma piuttosto una maggiore difficoltà di accesso ad aiuto esterno durante il periodo pandemico.

Il calo degli accessi non ha riguardato infatti unicamente i nuovi accessi ma – seppure in misura minore – anche quelli di donne in percorso già dagli anni precedenti. Questo calo non è distribuito uniformemente sul periodo relativo al lockdown: una crescita importante delle richieste di aiuto si è verificata infatti nel periodo aprile-maggio 2020.

Le donne che si sono rivolte per la prima volta ai Centri del Coordinamento nel trimestre marzo-maggio 2020 sono state complessivamente 585, ovvero il 27% in meno rispetto allo stesso periodo nel 2019, quando erano state 806. Il dato complessivo risente del drastico calo che ha interessato il mese di marzo, quando le richieste erano scese del 53% rispetto a marzo 2019. Ad aprile e maggio il flusso è aumentato consistentemente, seppur senza colmare il divario con l'anno precedente.

Nel mese di aprile 2020 i nuovi accessi – ovvero quelli di donne che non si erano mai rivolte a un Centro o che lo avevano fatto a distanza di molti anni – sono stati 206, il 13% in meno rispetto ad aprile 2019. A maggio, infine, i nuovi accessi sono stati 244, continuando ad aumentare in termini nominali ma segnando un nuovo decremento in relazione al 2019 (-19%).

La presenza delle donne già seguite dai Centri antiviolenza è rimasta più stabile per tutto il periodo considerato, segnando un calo del 14% nel 2020 rispetto al trimestre marzo-maggio 2019. Considerando entrambi i gruppi di donne, *cioè tutte le donne*

accolte (nuove e già seguite), la diminuzione degli accessi nel periodo marzo-maggio 2020 rispetto allo stesso periodo nel 2019 è stata del 20%.

«A fronte della crisi economica che si sta delineando, diventa inoltre ancora più urgente concepire interventi di sistema che valorizzino l'accompagnamento all'autonomia e all'inserimento lavorativo che caratterizza il lavoro dei centri antiviolenza», è il giudizio espresso in proposito dalla Presidente della Rete "D.i.Re." Antonella Veltri. «Per questo il primo passo è la revisione dell'Intesa Stato-Regioni del 2014, affinché i criteri minimi per accreditarsi come Centro Antiviolenza rispettino la Convenzione di Istanbul e prendano in considerazione la fuoriuscita dalla violenza complessivamente, non solo come supporto legale o intervento in situazioni di emergenza», ha concluso al riguardo la Presidente della Rete D.i.Re.

Le Istituzioni Italiane quindi, nonostante tutti gli sforzi sin qui prodotti, appaiono ancora fortemente chiamate ad occuparsi nei prossimi mesi dei fenomeni della violenza domestica di genere e del femminicidio nel nostro Paese, fenomeni che neppure una pandemia sanguinosa e violenta come quella del COVID-19 appare essere stata in grado non solo di eliminare, ma nemmeno di diminuire in modo statisticamente significativo.

* Psicologo, Psicoterapeuta, Criminologo. E- Mail: <fulviofrati@libero.it>

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Washington, D.C.: A.P.A., 2013 (trad. it: DSM-5. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Quinta Edizione. Milano: Raffaello Cortina, 2014).
- Bartolomeo, F. (2016). Indagine statistica dalle sentenze di omicidio di donne, 2012-2016. Ministero della Giustizia, Roma, 2017.
- Botto, A. L. (2016). Aspetti psicosociali della violenza domestica. In *Ricerca Psicoanalitica*, n.1/2016, Anno XXVII, Franco Angeli, 2016, pp. 9-28.
- Caputi, J. and Russell, D.E.H. (Eds.) (1990). *Femicide: Sexist Terrorism against Women*. In: Radford, J. and Russell, D.E.H. (Eds.) (1992) - *Femicide: Politics of Woman Killing*. New York Toronto: Maxwell Macmillan, 1992.
- Cohen, S. (2001). *Stati di negazione. La rimozione del dolore nella società contemporanea*. Carocci, Roma, 2001.
- Commissione parlamentare di inchiesta sul femminicidio, nonché su ogni forma di violenza di genere (2017). *Audizione del Presidente dell'Istituto nazionale di statistica Giorgio Allewa*. ISTAT, Roma, 27 settembre 2017.
- Connell B. (1987). *Gender and Power. Society, the Persons and Sexual Politics*. Palo Alto, CA: Stanford University Press, 1987.
- Edwards, D. W.; Scott, C. L.; Yarvis, R. M.; Paizis, C. L.; Panizzon, M. S. (2003). *Impulsiveness, Impulsive Aggression, Personality Disorder, and Spousal Violence*. Springer Publishing Company, 2003.
- EURES, Istituto di Ricerche Economiche e Sociali (2014). *Secondo Rapporto sul femminicidio in Italia. Caratteristiche e tendenze del 2013*. Roma, Novembre 2014.
- EURES, Istituto di Ricerche Economiche e Sociali (2016). *III Rapporto su Caratteristiche, dinamiche e profili di rischio del femminicidio in Italia. Indagine Istituzionale*. Roma, Novembre 2015.
- Femminismi.it (2012). *Codice etico per la stampa in caso di femminicidio*. <http://femminismi.wordpress.com/>. 3 Maggio 2012.
- Focà, F. (2016). *La violenza di genere*. In <http://www.criminologia-aspetti.it/la-violenza-di-genere/>. 24 Marzo 2016.
- Gi.U.Li.A (2012). *Violenza. Perché non basta una carta deontologica*. <http://giulia.globalist.it/>. 7 Maggio 2012.
- Gramsci, A. (1929-1935). *Quaderni dal carcere*. Torino: Einaudi, 1948-1951.
- Howson, R. (2008). *Hegemonic masculinity in the theory of hegemony*. In: *Men and Masculinities*, 11, 1: 109-113, 2008. DOI: 10.1177/1097184X08315105.
- Kernberg O.F. (2004). *Aggressivity, Narcissism and self-destructiveness in the psychotherapeutic relationship: new developments in the psychopathology and psychotherapy of severe personality disorders*. Yale University Press. New Haven, Usa, 2004.
- Jacob G.M. (2016). *Perché è così difficile lasciarti? Riflessioni psicodinamiche ed esperienza in un Centro d'ascolto con donne maltrattate*. *Ricerca Psicoanalitica*, n.1/2016 Anno XXVII, FrancoAngeli, 2016, pp. 29-46.
- Johnson.M.P. (1995). *Patriarchal Terrorism and Common Couple Violence: Two Forms of Violence against Women*. *Journal of Marriage and the Family*, 57, pp. 283-294.
- Loseke, D.R., Gelles, R.G., Cavanaugh, M. (2005). *Current Controversies on family violence*. Sage publications. Inc. Usa, 2005.
- Merli, A. (2015) - *Violenza di genere e femminicidio*. In: *Diritto Penale Contemporaneo*, Milano, n. 1/2015.
- Murgia, M. (2012). *È morta, ma la vittima è lui*. www.michelamurgia.com, 7 Maggio 2012.
- Napolitano, C. (2012). *Perché dobbiamo fermare l'odio che uccide le donne*. *La Repubblica online*. 9 Maggio 2012.
- Norwood, R. (1990). *Donne che amano troppo*. Feltrinelli, 1990.
- Paglia, C. (1990). *Sexual personae: arte e decadenza da Nefertiti a Emily Dickinson*. I ed. traduzione di Daniele Morante, Einaudi, 1993, pp. 924.
- Petizione Pubblica. (2012). *Petizione MAI PIU' COMPLICI*. <http://www.petizionepubblica.it/> - Consultato il 9 Maggio 2012.

- Radford, J. and Russell, D.E.H. (Eds.) (1992). *Femicide: Politics of Woman Killing*. New York Toronto: Twayne Publishers, 1992.
- Ravasio M.M. (2012). Più notizie e meno scuse. <http://www.ipaziaevviva.com/> – 8 Maggio 2012.
- Rete “D.i.Re.” (2020). La violenza domestica ai tempi del COVID-19. 25 Marzo 2020. Indirizzo web: http://www.centriantiviolenzaer.it/wp-content/uploads/2018/01/CS_centriantiviolenza-e-coronavirus-25-marzo-2020.pdf
- Rete “D.i.Re.” (2020). Violenza-Covid19: 2867 donne si sono rivolte ai centri antiviolenza D.i.Re durante il lockdown. 14 Aprile 2020. Indirizzo web: <https://www.direcontrolaviolenza.it/violenza-covid19-2867-donne-si-sono-rivolte-ai-centri-antiviolenza-d-i-re-durante-il-lockdown/>
- Rete “D.i.Re.” (2020). 2.956 donne si sono rivolte ai centri D.i.Re tra il 6 aprile e il 3 maggio, il 33 per cento per la prima volta. 11 Maggio 2020. Indirizzo web: <https://www.direcontrolaviolenza.it/2-956-donne-si-sono-rivolte-ai-centri-d-i-re-tra-il-6-aprile-e-il-3-maggio-il-33-per-cento-per-la-prima-volta/>
- Rete “D.i.Re.” (2020). Monitoraggio contatti in emergenza Covid19. 11 Maggio 2020. Indirizzo web: <https://www.direcontrolaviolenza.it/comunicati-stampa/>
- Rete “D.i.Re.” (2020). 3 Luglio: la pandemia ferma il mondo, ma non la violenza. 3 luglio 2020. Indirizzo web: <http://www.centriantiviolenzaer.it/>
- Risicato, L. (2016). *Stalking e femminicidio. Relazione presentata al Seminario di Studi “Violenza di genere: conoscerla, prevenirla, riconoscerla e contrastarla”*. Università degli Studi di Messina, 18 Febbraio 2016.
- Russell, D.E.H. (2011). The origin and importance of the term femicide. In: http://www.dianarussell.com/origin_of_femicide.html, Dicembre 2011.
- Santi, A. (2014). *L'uomo maltrattante. Dalla violenza domestica agli interventi per il cambiamento*. Tesi di Laurea, Corso di Laurea Magistrale in Lavoro, Cittadinanza Sociale, Interculturalità, Anno Accademico 2013-2014. Università Ca' Foscari: Venezia, 2014.
- Sassaroli, S., Saltini Semerari, G. (2012). *La Psicologia del Femminicidio*. In: <http://www.stateofmind.it/2012/05/femminicidio-psicologia/>, 10 maggio 2012.
- Schulman, M.A. (1979). *Survey of spousal violence against women in Kentucky*. National Institute of Justice (n. 792701, 1979). <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/Digitization/65429NCJRS.pdf>
- Spinelli, B. (2008). *Femminicidio. Dalla denuncia sociale al riconoscimento giuridico internazionale*. Roma: Franco Angeli, 2008.
- Spinelli B. (2012). Perché si chiama femminicidio. *La ventisettesima ora*, Il Corriere della Sera online. 1 Maggio 2012.
- Straus M.A. (1998). *The controversy over domestic violence by women: a methodological theoretical and sociology of science analysis*. Family Science Laboratory. University of New Hampshire, Durham, 1998.
- United Nations (1993). 48/104. *Declaration on the Elimination of Violence against Women*. New York: 20 December 1993. Indirizzo web: <http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>
- Un altro Genere di Comunicazione. (2012). Ecco come i media giustificano le violenze di genere. <http://comunicazione digenere.wordpress.com/>. 9 Maggio 2012.
- “Violenza contro le donne”. In: “Wikipedia, l'enciclopedia libera”. Indirizzo Web: https://it.wikipedia.org/wiki/Violenza_contro_le_donne
- “Violenza domestica”. In “Wikipedia, l'Enciclopedia libera”. Indirizzo web: https://it.wikipedia.org/wiki/Violenza_domestica
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization, 1993.
- Zamperini, A. (2001). *Psicologia dell'inerzia e della solidarietà. Lo spettatore di fronte alle atrocità collettive*. Einaudi, Torino, 2001.
- Zamperini, A. (2007). *L'indifferenza. Conformismo del sentire e dissenso emozionale*. Einaudi, Torino, 2007.
- Zamperini, A., Primo, D., Testoni, I. (2018). *Maschilità: identificazioni, ruoli e soggetti*. In *Psicoterapia e Scienze umane*: Milano, Franco Angeli, Volume 52, n.3, 2018.

Femicide, home-violence and gender-based violence: three “social emergencies” of extreme relevance

Femicide, domestic violence (“Home-Violence”) and gender-based violence (“Gender-Violence”) are nowadays three social phenomena of severe and extreme relevance in Italy and in many other countries in every continent, so that they have risen to the role of real “social emergencies”. In the last few decades they have therefore been the object of several in-depth sociological and psychosocial matrix studies on the one hand, and of psychological-clinical and psychoanalytic studies on the other. In this work, the Author tries to summarize some of the main results produced by both approaches, in order to offer a potentially useful synthesis to try to counteract, in a more effective way than has been done so far, the permanence of such male behaviors within our future communities.

KEY-WORDS: Femicide; Stalking; Critical Studies of Men & Masculinities; Theory of Hegemonic Masculinity; Gender-Violence; Home-Violence

link
riflessioni

**Il minimalismo nella pratica medica
e nel linguaggio musicale:
l'assenza di evidenze note
e l'essenza delle sette note.
Una riflessione su Covid
e "less is more"**

ANTONINO GIANI'

**Fotografia di un paese coinvolto
nella lotta contro il Coronavirus**

ISABEL FERNANDEZ



Il minimalismo nella pratica medica e nel linguaggio musicale: l'assenza di evidenze note e l'essenza delle sette note. Una riflessione su Covid e "less is more"

Minimalism in medical practice and in music language: the absence of known evidence and the essence of the seven notes of the scale. A reflection on the Covid pandemic and on "less is more"

ANTONINO GIANI*[†]

PAROLE CHIAVE: minimalismo, tecnologia, cure mediche

Una premessa è necessaria: spendiamo sempre più per la nostra salute e per governare il sistema sanitario e, tuttavia, malgrado i mirabolanti progressi scientifici e tecnologici, la nostra fiducia nei medici e verso l'intero sistema è in costante calo. Studi condotti dal sociologo Gianfranco Domenighetti hanno evidenziato che circa l'80% della popolazione crede che la medicina sia una scienza esatta o quasi; uguale credenza è condivisa dal 40% dei medici generalisti e scende all'8% quando sono intervistati medici specialisti in medicina preventiva e sociale. Rapporto alquanto critico che si traduce, tra l'altro, nel crescente ricorso e nel successo delle medicine "alternative": e qui la radice "alter" sta non solo per 'diverso' ma anche per alternante, ciclico; si va pertanto alla riproposizione della medicina orientale, della omeopatia, della medicina naturalistica passando per i vari sentieri (vedi stamina e similari) e sieri (dal Bonifacio degli anni 70 al più recente Di Bella).

L'impressionante oggettività scientifica e le fantascientifiche apparecchiature della medicina moderna lasciano molti insoddisfatti (eccezion fatta per le multinazionali della tecnologia medica e per l'indotto conseguente).

Studi, revisioni e controlli sistematici della letteratura scientifica da una parte ed evidenze derivanti dalla "Medicina della narrazione" dall'altra orientano a rivedere la professione o meglio il "proferire" medico (pro – ferire?) recuperando condizioni e valori fondanti della medicina.

Ritengo sia necessario riappropriarci di alcune certezze proprie di grandi medici e fatte proprie dalle organizzazioni di successo ove know-how e make-how si intrecciano aggiungendo, di fatto, nuovo valore.

Mi sovengono qui le parole di Bernard Lown.

Lown, già professore emerito di cardiologia alla Harvard School of Public Health, ci

ricorda che il medico appartiene a due culture: quella dominante è la scienza, l'altra, spesso dominata, è l'arte di curare, indispensabile al pieno successo della scienza stessa; in futuro, dice Lown, il dominio della scienza andrà oltre la malattia e la cura ma non sostituirà mai l'arte.

E l'arte (da 'arto', cioè mani e braccia) in tutte le sue espressioni più o meno faticose o "nobili" come le applicazioni scientifiche, la letteratura, la scultura, la pittura, la musica, tende a riproporre e ricondurre quel rapporto ottimale tra "tempo e fare nel tempo" antitetico alla catena di montaggio degli opifici dei recenti memoriali e, ahimè, mutuati nei visitifici dei nostri servizi ambulatoriali e vaccinali.

Ottica e prospettiva massimizzante pervade oggi la medicina secondo la quale il più equivale al meglio in una sorta di ostinazione diagnostico-terapeutica che si concretizza con la illogica somministrazione di farmaci e, nella prevenzione, a volte di vaccini; nella esecuzione di interventi chirurgici di inefficace evidenza (ma di evidente ritorno economico per il sistema induttore); ed ancora attraverso i " riti " spesso celebrati e consumati anche nella prevenzione che non reggono al lume della ragione e, ancora meno, alle evidenze della letteratura scientifica .

È sotto gli occhi di noi tutti la visione di braccia che sorreggono montagne di radiografie, referti di laboratorio e modernissime diagnostiche in immagini: esse-sostituite oggi in parte da più leggeri byte informatici - certamente rappresentano il retaggio delle "offerte votive", in antico presentate ai sacerdoti di Esculapio ad Epidauro, per implorarne ed evocarne una possibile guarigione.

Ma, alla luce di quanto sopra, se emerge che "il più non sempre equivale al meglio" è doveroso pensare, agire e declinare che "il meno non corrisponde necessariamente al peggio" (in Sanità come in altri ambiti può valere il principio che il meno contiene il più).

Ad una cultura a tendenza massimizzante che ben risponde a logiche e profitti del mercato – mercato sanitario, nella fattispecie – si contrappone uno sforzo, una visione che possiamo ricondurre al minimizzante o minimalista, coerente, tra l'altro, con il concetto di qualità: fare le cose giuste ed appropriate al soggetto giusto ed appropriato, al momento giusto e farle bene sin dall'inizio.

Tendenza o meglio revisione minimalista supportata dalla "medicina delle evidenze" o come diceva il compianto collega Alessandro Liberati "Medicina delle prove di efficacia" volta a dare qualità e pertanto fiducia ai pazienti ed ancor più agli operatori sanitari attenti agli strali lanciati da istituzioni internazionali come la I.O.M. L'Institute Of Medicine negli anni '80 stimava che non più del 15- 20% delle azioni e delle procedure realizzate dai medici avevano un substrato documentato e basato su prove di efficacia: una vera e propria catastrofe basata sulla "assenza di evidenze!". Scontro titanico tra spinta massimalista del fare, supportata dai messaggi del mercato sanitario che crea "ere e mode" mediche del tipo 'mordi e fuggi', e strategie di tipo minimalista, orientato a dare risposte appropriate ai problemi e bisogni reali di salute della popolazione; il tutto nell'intento di educare ad una sorta di "immunizzazione metodologica" tale da ridurre il numero dei "suscettibili all'infezione propagandistica e cultural-corrente".

E questa non è, come frettolosamente sostengono i detrattori, la fine della libertà clinica del medico, ma un cambio di paradigma che, coniugando l'arte medica del fare con le migliori evidenze scientifiche disponibili come risultanze di studi clinici, audit strutturati, revisioni sistematiche e metanalisi , aggiunge e non sottrae valore alla pratica professionale. La pratica medica, se poggia su un solido e rigoroso sapere e su altrettanto consolidato saper fare, non si trasformerà mai in casualità, libero arbitrio, malpractice o in errore medico.

In tale direzione, tra l'altro, si muove anche il movimento da poco strutturato di Slow Medicine che, mutuando lo slow food di Carlo Petrini, propone una medicina "sobria, rispettosa e giusta" lottando contro i cosiddetti sette veleni che ammorbano la cultura medica dominante e cioè:

- 1) ciò che è nuovo è sempre migliore;
- 2) tutte le procedure mediche sono efficaci e sicure;
- 3) lo sviluppo di tecnologie sempre più sofisticate permetterà di risolvere ogni problema di salute;
- 4) una medicina interventista migliora la qualità della vita;
- 5) scoprire una malattia prima che si manifestino i sintomi è sempre utile;
- 6) i fattori di rischio devono sempre essere controllati dai farmaci;
- 7) stati d'animo ed emozioni devono rientrare tra le condizioni messe sotto controllo farmacologico.

E' una tendenza che avvalorata ulteriormente quanto da noi igienisti sostenuto circa i determinanti della promozione di salute o salutogenesi.

Ad una cultura a tendenza massimizzante che ben risponde a logiche e profitti del mercato – mercato sanitario, nella fattispecie – si contrappone uno sforzo, una visione che possiamo ricondurre al minimizzante o minimalista, coerente, tra l'altro, con il concetto di qualità: fare le cose giuste ed appropriate al soggetto giusto ed appropriato, al momento giusto e farle bene sin dall'inizio.

Tendenza o meglio revisione minimalista supportata dalla "medicina delle evidenze"

Minimalismo musicale si può definire come la “poetica della rinuncia”:
rinunciare a continui cambiamenti di rotta negli intrecci compositivi, spesso tanto facili quanto inconcludenti, sicuramente di effetto ma molto poco rigorosi;
rinunciare a confondere le idee con continui cambi e massimizzare il tutto: paradossalmente il processo compositivo minimalista consiste e si traduce in una massimizzazione del materiale

Oggi la comunità scientifica internazionale concorda che sullo stato di salute di una popolazione pesano percentualmente le seguenti componenti: condizioni socio-economiche e stili di vita 40- 50 %; stato e condizioni ambientali 20- 30 %; eredità genetica 20- 30 % ; servizi sanitari 10- 15 %.

Vorrei riprendere quanto già affermato che non sempre il più equivale al meglio e che, di riflesso, non sempre il meno corrisponde al peggio, mutuando o come va di moda oggi “contaminando” tale minimalismo con altre espressioni artistiche del “fare dell’uomo”.

Immaginiamo ad esempio in architettura i tratti lineari ed essenziali del liberty versus la ridondanza del barocco o l’esasperante intriganza del gotico; nella pittura l’alta definizione dell’albero della vita di Gustav Klimt; ed ancora, nella letteratura leggiamo le tre righe del conterraneo modicano Salvatore Quasimodo nel “ed è subito sera”: ognuno sta solo sul cuore della terra\ trafitto da un raggio di sole:\ ed è subito sera. Quante rime, sonetti, odi, poemi, romanzi volendo esprimere le stesse emozioni hanno avuto uguale sinteticità, forza ed efficacia?

Ma è sul linguaggio musicale definito “minimalismo” che vorrei focalizzare la mia e vostra attenzione.

Il minimalismo non è un linguaggio, una espressione esclusiva della musica moderna anche se il termine è stato utilizzato da Michael Nyman nel 1974. Nel suo volume “Experimental music, Cage and Beyond” Nyman spiega come applicare modelli minimalisti al linguaggio musicale puntando sulla essenza del suono originato dall’uso della scala cromatica o semitonata (con i suoi 13 suoni ascendenti e discendenti che procede per semitoni ed è formata da 7 suoni diatonici cioè due suoni consecutivi di nome diverso come per esempio Do e Re bemolle, e 5 suoni cromatici, cioè due suoni dello stesso nome di cui uno alterato come ad esempio Re diesis e Re). Utilizzare tale scala dava la possibilità di potersi muovere con autonomia sui gradi della medesima annullando così ogni differenza tra nota non alterata e nota alterata. Minimalismo quindi non come corrente né come vero e proprio movimento artistico ma come tecnica compositiva applicabile pertanto a tanti altri maestri della immortale musica del passato. Espressioni musicali e tecniche compositive di chiara impronta minimalista sono presenti già in J.S. Bach (pensiamo alla toccata e fuga in re minore), in Mozart (quartetto n. 19 – k 465 le dissonanze); in L.W. Beethoven (Sonata al chiaro di luna, Quinta sinfonia); in E. Grieg (Nel mattino e Nell’antro del re della montagna del Peer Gynt), in Satie (Gymnopédie); in M. Ravel (nel classico avvitamento del suo Bolero). Philp Glass (che assieme a Terry Riley, Steve Reich, Mychael Nyman, La Monte Young rappresentano oggi i massimi esponenti dell’espressione musicale minimalista), ha orientato il proprio interesse alla meticolosa scomposizione delle scritture minime del suono applicando delle microvariazioni e sovrapposizioni con strutture spesso matematiche che assumono contemporaneamente una valenza ritmica e melodica.

Minimalismo musicale si può definire la “poetica della rinuncia”: rinunciare a continui cambiamenti di rotta negli intrecci compositivi, spesso tanto facili quanto inconcludenti, sicuramente di effetto ma molto poco rigorosi; rinunciare a confondere le idee con continui cambi e massimizzare il tutto: paradossalmente il processo compositivo minimalista consiste e si traduce in una massimizzazione del materiale. Pensiamo un attimo di trasporre questi concetti, questa tendenza, alla cultura e pratica medica ed alle stesse “organizzazioni sanitarie”. Ritengo che potrebbe innescarsi una virtuosa spirale di efficacia, efficienza, economicità di gestione ed etica economica: “sana razionalizzazione versus l’insano ragionamento da spending review”.

Le storiche, gloriose e snelle sette note con le appropriate alterazioni, se sapientemente configurate e cesellate nello stilizzato pentagramma sono state in grado di offrire capolavori che a tutt’oggi resistono alle “revisioni” di critici e musicologi. Dimostrazione, ex post, di come l’essenza, l’essenziale (nel significante di necessario ed efficace), può e deve essere un valore fondante anche nella medicina e nel comportamento di ogni medico.

Una riflessione su Covid e “less is more”

L’attuale stato di pandemia da virus corona ci induce a riflessioni e revisioni non solo sui nostri comportamenti consolidati di vita quotidiana e lavorativa ma anche sulle

risposte tecnico-scientifiche ed organizzative attuate per la gestione ed il governo della pandemia medesima. La interruzione della sequenza contagio-infezione-malattia, attuabile per le malattie infettivo-diffusive a sintomatologia ben definita (vaiolo, peste, morbillo, etc.) non è praticabile nelle infezioni a prevalente diffusione aerea e sintomatologia non ben definita come ad esempio per i virus respiratori e, nello specifico, per i virus corona. È pertanto doveroso e realistico scendere qualche gradino del “rango” prevenzione primaria (rischio zero) e riorientare gli interventi e le risorse per graduare e scaglionare quantitativamente nel tempo la popolazione generale altamente suscettibile alla sequenza contagio-infezione-malattia da virus corona così come avviene per ogni agente infettivo nuovo. La sequenza contagio-infezione-malattia nelle malattie infettivo-diffusive non è obbligata, anche se altamente probabile nelle prime fasi di comparsa di un nuovo virus e, si presume, meno probabile nelle fasi successive in assenza di conversione e\o di slittamento antigenico dell’agente infettante; il contagio può pertanto non evolvere in infezione e l’infezione non trasformarsi in malattia.

Riuscire a ridurre la pressione e l’impatto di soggetti ammalati sugli ospedali e specificamente sulle terapie intensive, strutture ad elevato consumo di risorse e pertanto numericamente limitate, doveva e deve essere l’obiettivo strategico da perseguire per la sostenibilità dei sistemi sanitari dei vari paesi. La strategia di prevenzione/contenimento del contagio adottata, oltre al collaudato utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) come mascherine e guanti, è evidence-based nel contesto di altri interventi: è indispensabile la puntuale e corretta sanificazione delle mani e delle superfici di più comune, diffuso e ripetitivo utilizzo tramite sostanze ad azione disinfettante; di converso il rituale delle nebulose nebulizzazioni ambientali, di elevato impatto scenografico, non è associato ad altrettante sicure evidenze di efficacia. Altrettanto utile è il mantenimento di distanze di sicurezza, un provvedimento già attuato sia per la pandemia spagnola del 1918\19 ed ancor prima nelle tende da campo delle legioni romane negli eventi delle varie “pestilenze”. L’applicazione del distanziamento sociale fino ad arrivare alla totale chiusura dei luoghi di umano contatto è una misura a mio avviso necessaria solo se in presenza di comportamenti irresponsabili della popolazione generale e che però non aiuta i singoli cittadini a comportamenti maturi, responsabili e soprattutto duraturi. Si è pertanto perseguita una impronta “massimalista” con il blocco pressoché totale delle attività relazionali, sociali e lavorative. Gli effetti sulla qualità di vita nelle varie fasce di età sono stati spesso deprimenti ai due estremi del ciclo vitale, bambini – anziani, ed ancor più devastanti per le fasce intermedie proprie del ciclo lavorativo. Tali effetti sono oggetto di diffusa e travagliata valutazione da parte di sociologi, psicologi, economisti oltre che medici igienisti, epidemiologi, infettivologi e da parte dei politici.

Poteva e\o potrebbe essere proponibile un approccio orientato a tendenze “minimaliste”, certamente non negazioniste, e coerenti con le migliori evidenze scientifiche disponibili emerse in questa fase pandemica? Nella prima parte di queste mie riflessioni accennavo a come non sempre ‘fare di più’ equivalga a ‘fare meglio’ e, di converso, fare di meno non sempre comporta fare peggio. L’intuizione e la sfida che Ludwig Mies ci ha lanciato e lasciato del “less is more” può trovare applicazione nella emergenza da virus corona specialmente in questa seconda fase che potrebbe evolvere in una ripresa della pandemia? Quale strategia porre in essere, riconducibile al “meno che contiene il meglio” per i sistemi sanitari?

Ricondurre a “sistema” l’organizzazione sanitaria ha rappresentato e costituisce certamente un valore alto ed insostituibile stante la complessità delle relazioni bisogno-domanda-offerta di salute, ancor più stressata nelle emergenze. Nel “meno che contiene il più” si centra l’attenzione sul meglio che non equivale a fare il meno possibile ma la cosa giusta, al momento giusto, e nel giusto contesto. Ritorna alla nostra memoria il richiamo satirico di Orazio “*est modus in rebus; sunt certi denique fines quos ultra citraque nequit consistere rectum*” (c’è una misura nelle cose; vi sono determinati confini, al di là ed al di qua dei quali non può esservi giusto).

Come dispiegare i nodi, gli intrecci e governare la complessità manifestatasi (*cum plexum*, con nodi come da etimo) e come sistematizzare, mettere assieme (sunt istemi) i variegati interventi pianificati e programmati?

Come tradurre operativamente tutto ciò, quali nuovi strumenti utilizzare e quali, tra quelli già utilizzati mantenere?

L’analisi retrospettiva denota come le attenzioni e le attività sono state orientate sul più anziché sul meglio, sul salvare la vita dei soggetti con malattia, un numero dei

La sequenza contagio-infezione-malattia nelle malattie infettivo-diffusive non è obbligata, anche se altamente probabile nelle prime fasi di comparsa di un nuovo virus e, si presume, meno probabile nelle fasi successive in assenza di conversione e\o di slittamento antigenico dell’agente infettante; il contagio può pertanto non evolvere in infezione e l’infezione non trasformarsi in malattia

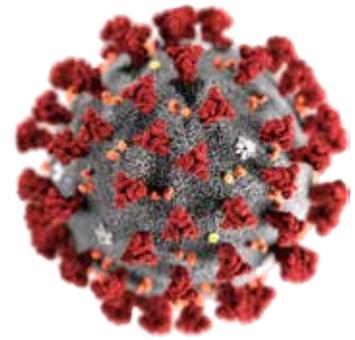
La fine dell'emergenza con possibile futuro ripresentarsi della stessa, deviata e confusa dalle patologie proprie della stagione invernale, non può tradursi esclusivamente nel tornare a fare ciò che è stato già fatto ma richiede un approcciarsi ad interventi mirati, nella consapevolezza che è avvenuta una trasformazione socio-culturale nella popolazione a livello mondiale

quali portatori di co-morbidità gravi e preesistenti, con effetto cumulativo e necessariamente ad imbuto per l'impossibilità di estendere all'ennesimo la domanda\offerta di terapie intensive. A questo atteggiamento, altamente basato sulla tecnologia, si è contrapposto un approccio comunicativo pressoché inesistente con il paziente, se cosciente, e con i familiari: il dramma si è così consumato con scenari di umana tragedia resi visibili dai numerosi automezzi addetti al trasporto delle (anonime) salme. La fine dell'emergenza con possibile futuro ripresentarsi della stessa, deviata e confusa dalle patologie proprie della stagione invernale, non può tradursi esclusivamente nel tornare a fare ciò che è stato già fatto ma richiede un approcciarsi ad interventi mirati, nella consapevolezza che è avvenuta una trasformazione socio culturale nella popolazione a livello mondiale. La trasformazione ed il ritorno a condizioni di quasi normalità dovrà prevedere, dove non attuata, e rafforzare, dove già applicata, una organizzazione di cure, un "setting assistenziale" concentrato non solo su ospedali e terapie intensive, ma centrato su cure ed assistenza territoriale, domiciliare ed ambulatoriale. Non è sostenibile per le organizzazioni sanitarie dei vari paesi a livello mondiale continuare ad investire esclusivamente in risorse sanitarie technology-based ad elevato costo ma con un livello non altrettanto elevato di efficacia/efficienza a medio e lungo termine: è necessario attivare e sviluppare i servizi orientati alla persona, all'assistenza a domicilio del soggetto ammalato, o negli ambulatori di più immediato e facile accesso, con possibilità di attuare cure graduate, e non del "tutto o nulla", potenziando modalità operative riconducibili alle pratiche sanitarie, collaudate soprattutto nelle comunità non metropolitane, della "medicina incrementale". Si rafforza sempre più la riproposizione di Atul Gawande del "medico che ti salva la vita", che non è il chirurgo o l'interventista bensì il medico che ha con sé pochi attrezzi e poca tecnologia ma molte conoscenze. Il rapporto costo/efficacia, costo/benefici e costo/opportunità di tale modello assistenziale, adattato nei vari contesti culturali, oltre che corrispondere a sperimentate prove di evidenze contribuisce anche ad assicurare la governance del sistema sanitario e, soprattutto, la sua "eticità".

In ultimo vorrei riproporre uno degli strumenti più semplici ma efficaci utilizzati nei sistemi di gestione della qualità applicabili al *less is more* e riconducibile a Vilfredo Pareto, ingegnere, sociologo ed economista italiano vissuto nella seconda metà dell'ottocento ed agli inizi del novecento. Il suo "diagramma", scolasticamente conosciuto come legge dell'80/20 (il 20% delle cause sono responsabili dell'80% dei problemi), potrà essere di grande utilità per la sua semplicità, efficacia e praticità : focalizzare l'attenzione e gli interventi su un numero limitato di fattori che cumulativamente causano la gran parte degli effetti; la restante quota, che potrebbe assorbire elevate risorse ed impegno con risultati molto contenuti o residuali, sarà processata, valutata e validata successivamente e sapientemente. In quest'ottica pensiamo alle attività produttivo\lavorative a carattere artigianale tipiche della nostra realtà produttiva che sono state totalmente bloccate; sarebbe senz'altro possibile mantenere attive le miriadi puntiformi attività, spesso a carattere unifamiliare, non solo di beni (dalla edilizia alla metallurgia) ma anche di servizi (supporto agli anziani, ai disabili, igiene domestica ed anche buona parte dei servizi sanitari per soggetti affetti da cronicità e dei servizi amministrativi per il cittadino). Quanto sopra necessita certamente di un investimento in formazione e di corrette informazioni con messaggi univoci ed ufficiali non deviati da schizofrenici talk show. Ritengo che l'attuazione di tali misure possa comportare una migliore qualità di vita, minore povertà e dipendenza assistenziale e soprattutto un atteggiamento più maturo e responsabile da parte della popolazione generale. La continuità produttivo lavorativa è rimasta operativa solo per la GDO, la Grande Distribuzione Organizzata, afferente al settore agro-alimentare per la soddisfazione del bisogno primario di alimentarsi con la produzione da una parte ed il trasporto/distribuzione puntuale dall'altra.

Personalmente, come medico del lavoro, sono stato partecipe, con successo collettivo, delle attività poste in essere da aziende di produzione e trasformazione agro-alimentare e delle logistiche connesse ai trasporti verso il Nord Italia, comprese le "zone rosse". Le attenzioni e gli accorgimenti attuati in tale settore potevano essere ribaltati in altri comparti lavorativi con altrettanto successo e minimizzazione del rischio?

Vorrei chiudere queste mie riflessioni ripensando come ogni secolo è stato ricordato, oltre che per le scoperte, le invenzioni e le espressioni artistiche, anche per gli eventi calamitosi e/o catastrofici quali i terremoti e le guerre ed anche per le malattie.



Sopra: Il virus Corona
A sinistra: Alessandro Manzoni:
Promessi Sposi, la madre di
Cecilia; Giuseppe Verdi:
La Traviata



Così il Seicento ci rimanda alla peste ed alle struggenti descrizioni del Manzoni (dalla Cecilia che “scendea dalla soglia d’uno di quegli usci” ai carri dei monatti addetti all’allontanamento dei corpi senza vita); la peste, cioè la peggiore malattia (*peius*, sempre da etimo), fu sconfitta senza conoscere il batterio “pasteurella” con interventi mirati, e non indiscriminati, bloccando o contenendo le modalità diffusive connesse ai ratti ed all’igiene delle navi con le specifiche modalità di attracco negli innumerevoli porti commerciali dei vari paesi.

Il Settecento è il secolo del vaiolo e della rivoluzione attuata da Edward Jenner con l’avvio “ad arte” della vaccinazione anche in assenza di conoscenze microbiologiche sul virus responsabile della malattia; l’arte del vaccinare, oggi basata anche sulla ingegneria genetica e molecolare, ha portato comunque alla sua scomparsa, alla “eradicazione” dall’intero pianeta terrestre nel 1977.

L’Ottocento risuona possente nel melodramma della *Traviata* nell’aria “Addio del passato” con Violetta affetta dalla malattia da tubercoli, la tubercolosi, che sottraeva agli affetti familiari tante giovani vite; ed ancora nella tenerezza dell’aria “che gelida gelida manina” di Mimì della pucciniana *Bohème* consunta dalla tisi; anche in questo caso, in assenza di terapie specifiche contro il bacillo di Koch, molto si riuscì a fare migliorando le condizioni di vita individuali (alimentazione in primo luogo) e ambientali (densità abitativa familiare) e collettiva (grandi aule scolastiche, ospedali a padiglioni con vaste sale di degenza, spazi collettivi come mercati, stazioni ferroviarie e palazzi di giustizia espansi all’inverosimile), la “con-vivenza” con il soggetto ammalato ed untore divenne non una eccezione ma la norma, cioè il vissuto trans-formato;

Il Novecento, secolo della modernità, viene oscurato oltre che dalle pandemie in-

fluenzali della Spagnola (1918-19), che non fu clemente nei confronti dei soldati fortunatamente scampati alla Grande Guerra, e dell'Asiatica (1968-69), che causarono milioni di morti specie nell'era pre-antibiotica, dall'HIV; l'Aids dilaga subdolamente ed inconsapevolmente a macchia d'olio nei paesi non sviluppati e si diffonde in maniera puntiforme e consapevole nei paesi sviluppati connesso a pratiche, comportamenti ed abitudini di vita individuali e collettive.

Gli anni 2000, era del post moderno e dell'annullamento dei confini temporali e spaziali, saranno ricordati ed incoronati come il secolo da virus corona nelle sue molteplici espressioni (Sars, Covid)? Affidiamoci ancora, minimalisticamente, alle parole del Manzoni; "ai posteri l'ardua sentenza".

Vorrei segnalare alcuni brani per l'ascolto e, per chi lo volesse, per la lettura della partitura, dove è evidente la "essenzialità" delle sette note nell'impianto musicale e nel costruito linguistico.

J.S. Bach: Toccata e fuga in re minore BWV 565;

Ludwig Van Beethoven: Sonata al chiaro di luna Op. 27 n.2;

Edward Grieg: Peer Gynt Suite n 1 Op 46 Il mattino;

Maurice Ravel: Bolero;

Mikis Theodorakis: Zorba il Greco, Sirtaki;

Michael Nyman: Lezioni di piano;

Philp Glass: Glassworks, Closing.

* Medico Igienista

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Cosmacini Giorgio; Concetti di salute e malattia fino al tempo del coronavirus Ediz Pantarei 2020;

Glass Philip; La mia musica; Edizioni Socrates 1993;

H. Gilbert Welch; Sovradiagnosi; Pensiero Scientifico Editore 2013

Iacono C.; Corso di teoria musicale; Edizioni Carrara 2005;

Iandolo C., Hanau C.; Etica ed Economia nella Azienda Sanità; Franco Angeli 1994

Liberati A.; La medicina delle prove di efficacia; Pensiero Scientifico Editore 1997;

Lown B.; L'arte perduta di guarire; Garzanti 1997;

Volpi R.; L'amara medicina; Mondadori 2008;

Minimalism in medical practice and in music language: the absence of known evidence and the essence of the seven notes of the scale. A reflection on the Covid pandemic and on "less is more"

The article underlines the necessity of practising the medical profession with efficacy and efficiency, and contains the recommendation that the most essential thing doctors should do is to listen to the patient and then decide which treatment is most suitable. Health care is an art and as such it involves individuals and their behaviours.

KEYWORDS: minimalism, technology, medical treatment

Fotografia di un paese coinvolto nella lotta contro il Coronavirus

The picture of a country facing the Covid-19 pandemic

Il Coronavirus o COVID-19 è una realtà che ha colpito l'Italia e gli altri paesi in diversi modi, anche se ci sono molte caratteristiche comuni. Lo scopo di questo testo è quello di condividere le riflessioni su ciò che abbiamo vissuto, osservato e messo in atto nel far fronte all'emergenza del Coronavirus da quando è iniziata. Speriamo che scrivere le nostre considerazioni e le lezioni che abbiamo imparato in queste settimane possa essere utile ad altri

ISABEL FERNANDEZ*

PAROLE CHIAVE: emergenza, problemi psicologici, sfida

Problemi psicologici, sfide e il Coronavirus

Ci sono una serie di problemi da considerare quando si lavora con una popolazione esposta alla pandemia di Coronavirus:

- **Complessità:** l'emergenza Coronavirus ha aggiunto ulteriore complessità al nostro mondo già complesso. Le persone stavano affrontando le loro difficoltà quotidiane in ambito finanziario, lavorativo, familiare e relazionale che spesso causano loro ansia e sofferenza, e oltre a ciò hanno dovuto affrontare la minaccia del Coronavirus che ha cambiato in modo significativo la modalità con cui conducevano e organizzavano le loro vite.

La prima reazione è stata di incredulità e di negazione. A livello cognitivo è stato difficile capire e inquadrare quello che stava succedendo. L'idea era che non poteva succedere a noi, con la nostra vita così organizzata e piena di impegni. Soprattutto siamo abituati a controllare e a risolvere difficoltà o sfide. In questo caso si cominciava a intravedere che non c'erano i soliti fattori di protezione conosciuti. La negazione della portata di questa Pandemia ha caratterizzato i primi giorni, quindi si davano interpretazioni diverse, per esempio: "Stanno esagerando, non è vero, è una manipolazione, ecc."

- **Vulnerabilità:** il virus ha attivato una sensazione di vulnerabilità: le persone si sentono esposte a una "minaccia" o "nemico invisibile" che è difficile combattere. Non ci sono armi, vaccini o strumenti per affrontarlo, solo isolamento.

- **Isolamento:** l'isolamento ha significato in questa emergenza "mettere in attesa" un'intera vita organizzata. Ciò significa che non è più possibile fare le cose normali come incontrare amici e familiari, viaggiare (anche all'interno della città), recarsi al lavoro e / o avere una vita sociale.

- **Sopraffazione:** poiché siamo una specie sociale, doverci isolare è sconvolgente e difficile da tollerare per un lungo periodo di tempo. Questa privazione, se si protrae a lungo, può portare ad un umore depresso.

- *Eccessiva rapidità*: questo complesso cambiamento è avvenuto quasi da un giorno all'altro ed è stato troppo veloce da elaborare. La nostra capacità di adattamento è stata messa molto alla prova.
- *Adattamento*: abbiamo dovuto dare alle nostre menti il tempo ad adattarsi a questa emergenza. Nel tempo di una settimana abbiamo dovuto adattare i nostri schemi mentali e cognitivi in modo da comportarci diversamente. Abbiamo dovuto imparare che le abitudini che riempivano le nostre vite non erano più possibili e sopportare il fatto di dover vivere senza tutte queste cose e di dover mettere in pausa la nostra vita quotidiana.
- *Connessione*: mantenere la connessione con i nostri amici e persone care è stato parzialmente risolto utilizzando tecnologie come Skype, WhatsApp, FaceTime, Zoom e molti altri canali e dispositivi. Se la pandemia fosse arrivata in un tempo in cui questa tecnologia non fosse stata disponibile, il nostro senso di isolamento e sopraffazione sarebbe stato molto peggiore.

Esposizione

Abbiamo appreso per la prima volta dell'esistenza di questo virus quando abbiamo saputo cosa stava succedendo in Cina. Nei primi giorni, la Cina sembrava molto lontana. La minaccia si è fatta meno distante con la diagnosi del primo paziente italiano e abbiamo iniziato a sentire che il virus si stava avvicinando, ma dato che aveva raggiunto solo una persona, non eravamo davvero preoccupati. Il paziente n. 1 aveva cenato con un amico che era appena tornato dalla Cina. Aveva 38 anni, era sano e viveva in una normale cittadina del nord Italia. Avrebbe potuto essere uno di noi. Nel giro di 3 giorni eravamo in uno stato di emergenza. La gente si è precipitata nei supermercati per comprare cibo, gli scaffali cominciarono ad essere vuoti. Sappiamo che questa è una reazione molto antica, delle strutture del cervello, chiamate rettiliane, che sono focalizzate sulla *sopravvivenza*. Una volta che le persone sono state rassicurate sul fatto che il cibo non sarebbe stato un problema, la situazione è cambiata completamente e abbiamo potuto vedere le persone entrare nei supermercati e nei negozi di alimentari uno alla volta, un comportamento altrettanto insolito. Nelle ultime settimane, le reazioni psicologiche hanno avuto fasi diverse. Sappiamo che nelle prossime settimane vedremo altre reazioni che non possiamo nemmeno immaginare. Un problema che dobbiamo tenere a mente è che anche se ciò è imposto a tutti allo stesso livello, le persone elaboreranno quello che sta accadendo in modo diverso.

Restrizioni e disposizioni

Le restrizioni e le disposizioni del governo hanno cominciato a dare la dimensione di quello che stava succedendo: erano prove concrete che il rischio e il pericolo erano seri. Ci è stato detto di rimanere a casa, chiudere i nostri negozi, andare solo in negozi che erano fondamentali per la nostra vita. Sono state messe a punto sanzioni per negozi, bar o ristoranti che erano ancora aperti dopo le nuove regole. È stato difficile accettare che venissero applicate penalità alle persone semplicemente perché camminavano per strada. Ci veniva chiesto di fidarci completamente di ciò che dicevano il governo e i politici e anche questo era insolito. Tuttavia, quando è diventato chiaro che il Primo Ministro e il governo si affidavano a scienziati, ricercatori, virologi e infettivologi, le persone hanno fatto esattamente ciò che è stato detto loro di fare e le informazioni erano sempre più credibili.

Emozioni legate alla pandemia di Coronavirus

- *Paura di essere infettati*: la paura di essere infettati è una delle emozioni più comuni. Questa paura è adattiva e normale. È funzionale al fine di incoraggiare le persone a comportarsi in modo da prevenire l'infezione. Sarà una sfida neutralizzare questa paura dopo che il rischio sarà finito, poiché l'attivazione della paura e la percezione di minaccia continuano per un lungo periodo di tempo.

- **Rabbia:** la rabbia è collegata alla paura e anche alle restrizioni e alla mancanza di libertà di fare attività che sono normalmente importanti per le persone. È un tipo speciale di rabbia, poiché non c'è nessuno da incolpare per ciò che sta accadendo. Potrebbe esserci da parte delle persone una ricerca di chi è responsabile di questo, come il governo, il popolo cinese o la Cina come paese. Questo tipo di comportamento, sebbene disfunzionale, può anche essere visto come funzionale perché dà un significato a ciò che sta accadendo. Ad esempio: se trovo il difetto, tutto è più facile da capire in una prospettiva cognitiva. Posso etichettarlo e questo è confortante a volte, anche se è semplicistico. In effetti, ciò che sta accadendo è molto più complesso di così.

- **Panico:** man mano che i numeri aumentano e la situazione sembra fuori controllo, si sta verificando il panico. Si dice che il picco deve ancora arrivare, la situazione sta peggiorando ogni giorno anche se tutti stiamo facendo le cose necessarie, quindi la sensazione potrebbe essere che siamo completamente in balia di questo virus. Questa situazione avrà effetti a lungo termine sulla nostra psiche e sarà un fattore di rischio per situazioni future che potrebbero essere associate all'emergenza del Coronavirus.

- **Sofferenza:** le persone che sono state contagiate si sentono respinte; inoltre il forte isolamento che devono affrontare a causa del rischio di infettare gli altri, mentre necessitano anche di supporto, sta creando molta sofferenza. Questa è una situazione in cui nessuno può essere di supporto al malato, e le persone devono stare lontane da noi, tranne il personale medico.

- **Colpa:** le persone si danno anche la colpa per aver contagiato altri che potrebbero essere gravemente malati. Questo avrà un impatto sulle credenze su se stessi; essere respinti e sentirsi difettosi sono forti meccanismi emotivi e cognitivi, che in genere poi diventano generalizzabili ad altre situazioni.

- **Rifuto:** alcuni rituali, regole sociali e codici hanno iniziato a cambiare. Abbiamo dovuto modificare i nostri comportamenti sociali: non stringere la mano, stare a un metro di distanza dagli amici, non avvicinarsi alle persone per parlare. Queste nuove regole sociali si sono sviluppate sempre di più con l'aumentare del numero di persone contagiate e di quelle decedute. È stato difficile non prenderlo sul personale, poiché le persone lo stavano mettendo in pratica l'uno verso l'altro. La prima reazione in molti è stata quella di sentirsi respinto e non importante.

- **Depressione:** col passare del tempo, le persone possono iniziare a sentire sempre più la mancanza di contatti, relazioni, attività significative che erano solite dare loro sensazioni piacevoli e valore alla loro vita. Questo può portare alcune persone alla depressione, a causa della deprivazione che stanno attraversando per l'isolamento.

- **Minaccia:** sentiamo quotidianamente la minaccia che continua ad aumentare e diffondersi. Siamo esposti a numeri che indicano che il rischio non sta diminuendo e che la pandemia sta raggiungendo tutti i paesi. Ogni giorno e costantemente vediamo questi numeri aggiornarsi.

Realtà della diffusione del Coronavirus

Statistiche della prima settimana di Coronavirus in Italia:

- 1000 infetti
- 30 morti (al giorno)
- 35 sono guariti (al giorno)

Statistiche a 3 settimane dopo l'arrivo del Coronavirus in Italia:

- 64.860 infetti
- 793 morti (al giorno)
- 689 sono guariti (al giorno)

Consapevolezza di quanto sia importante il fatto che la nostra sicurezza dipenda dai comportamenti degli altri. Se gli altri non seguono le regole, le persone si arrabbiano

e si sentono impotenti, perché non possono fare nulla per cambiare i comportamenti dell'altro.

La mancanza di *possibilità di pianificare e realizzare progetti* è una delle caratteristiche psicologiche più importanti di questa emergenza. Non c'è modo di pianificare alcun tipo di attività poiché l'emergenza sembra infinita e senza prospettive ...

Come clinici dobbiamo essere consapevoli che la *quarantena o il blocco* avranno un effetto notevole sulle persone, soprattutto su quelle con importanti fattori di rischio psicologico.

Preoccupazioni sui meccanismi di coping durante la pandemia

- **Evitamento:** il blocco può avere effetti di lunga durata, poiché si tratta di una risposta di "evitamento". In questo momento, stiamo evitando persone, contatti fisici, luoghi, folle, ecc. Tornare alla normalità potrebbe non essere facile per tutti.
- **Pensieri catastrofici:** durante il blocco è facile sviluppare pensieri catastrofici e interpretazioni erranee di ciò che sta accadendo. Si suggerisce alle persone di ascoltare le fonti ufficiali di informazione. Spesso, le persone tendono a cercare risposte e soluzioni attraverso altri canali per avere un senso di controllo. Ad esempio, è senza fondamento l'idea che se mangiamo cibo piccante il nostro sistema immunitario diventi più forte. Tuttavia, le persone vogliono crederci in modo da avere un senso di maggiore controllo. È importante combattere questo, evidenziando solo le informazioni che sono di fonti attendibili: rimanere a casa, lavarsi le mani, ecc.
- **Dolore irrisolto e complesso:** stanno morendo persone gravemente contagiate che necessitano di ricovero, in particolare anziani ma non solo. L'aspetto più difficile è che in queste condizioni i parenti non possono prendersi cura di loro e non possono accompagnarli negli ultimi momenti. I parenti non possono dire addio alle persone care e non possono condividere il dolore con i consueti rituali culturali che normalmente aiutano e danno sollievo (come avere un funerale in cui familiari e amici possono confortarsi a vicenda). Il dolore irrisolto e complesso sarà uno scenario significativo che gli psicoterapeuti dovranno affrontare nel prossimo futuro.
- **Misure sanitarie:** a causa della situazione prolungata, è stato difficile tenere il passo con il normale lavoro sanitario per non parlare delle esigenze più recenti di molte sepolture. Non siamo abituati a questo tipo di condizioni, specialmente con la forte sensazione che nessuno abbia alcun controllo reale sulla pandemia.

Modi importanti per reagire

Diversi fattori possono influire sul modo in cui la situazione evolverà:

- **Livello individuale:** l'importanza del rispetto individuale delle linee guida ufficiali.
- **Livello di gruppo:** è importante che gruppi piccoli e grandi monitorino il loro comportamento per limitare la diffusione del virus.
- **Livello nazionale:** è fondamentale fornire un orientamento a livello nazionale su come saranno gestite le popolazioni interessate.
- **Livello internazionale:** sappiamo che i paesi non hanno iniziato con le normative di prevenzione nello stesso momento e molti paesi hanno perso tempo. Molti paesi non sono stati coordinati negli sforzi riguardanti la pandemia. Non sappiamo come gli effetti delle strategie utilizzate da altri paesi avranno un impatto sul nostro. Ciò è particolarmente preoccupante per quanto riguarda le politiche per i viaggi e per far fronte alle nuove sfide che si presenteranno nei prossimi mesi.

EMDR Italia

L'Associazione EMDR Italia negli ultimi 20 anni ha effettuato circa 700 interventi in situazioni di emergenza e disastri collettivi. Tutta l'esperienza e le competenze

che abbiamo raccolto in questi anni hanno dovuto essere adattate a questa nuova emergenza legata al Coronavirus. Sappiamo che ogni evento critico è diverso dagli altri, ma questa emergenza è molto speciale, a causa delle sue caratteristiche.

Fin dall'inizio, il 21 febbraio, l'Associazione EMDR Italia e i suoi membri hanno cercato di fare la differenza in termini di supporto psicologico e prevenzione per il benessere di coloro che sono stati fortemente colpiti dalla pandemia: personale medico (medici e infermieri), operatori sanitari, persone contagiate, famiglie di persone infette e popolazione in generale.

Abbiamo davvero sentito di poter fare la differenza poiché, in quanto psicoterapeuti, la nostra priorità è quella di utilizzare la nostra esperienza psicologica per aiutare e comunicare correttamente le informazioni necessarie per ridurre l'ansia e il panico e sostenere tutte le persone che sono state in stretto contatto con la malattia (pazienti, parenti e operatori sanitari). Abbiamo ricevuto molte richieste da istituzioni, ospedali, unità sanitarie locali, aziende di tutela della salute (ATS) e comuni. Siamo stati attivi sul campo, fornendo supporto psicologico alla popolazione, a chi ha perso una persona cara a causa della malattia, agli operatori sanitari e alle persone che lavorano lunghe ore in questa emergenza ogni giorno e che sono esposte ai pazienti e a nuove situazioni stressanti. In queste settimane, EMDR Italia ha condiviso le proprie esperienze e materiali con altri paesi europei, affinché potessero avere una base utile e concreta.

Medici e Personale sanitario

Siamo consapevoli che i nostri medici, infermieri, operatori sono esposti a grandi rischi e preoccupazioni; devono gestire molti pazienti contemporaneamente, con risorse essenziali insufficienti per affrontare l'emergenza; sono esposti all'infezione, molti hanno contratto il virus o sono morti; hanno paura di infettare le loro famiglie al punto di decidere di vivere e dormire altrove per non contagiare figli e parenti. Sono una delle popolazioni più importanti che necessitano di supporto psicologico durante l'emergenza, ma il loro bisogno sarà ancora maggiore in futuro quando saranno finalmente in condizione di affrontare la parte emotiva e psicologica in modo che possano ripristinare la loro serenità lavorativa e la loro routine quotidiana. La maggior parte del lavoro verrà probabilmente fatta alla fine dell'emergenza, poiché il personale medico è concentrato sulla cura degli aspetti sanitari e non accede alla propria risposta emotiva, ad eccezione di alcuni che sono sopraffatti. Molti medici e infermieri si stanno contagiando e alcuni stanno morendo. Per i loro colleghi questo non solo è traumatizzante, ma non hanno lo spazio per piangere i loro colleghi e amici. Ogni medico o infermiere che viene contagiato ricorda agli altri che potrebbero essere i prossimi.

Questa esperienza è molto traumatizzante per il personale sanitario, considerando anche che gli operatori devono avere a che fare con molti pazienti contemporaneamente, con l'ansia di non avere abbastanza respiratori o supporti vitali per così tante persone.

Supporto EMDR Italia

Dopo 3 settimane dall'emergenza Coronavirus, EMDR Italia attraverso i suoi membri sta supportando:

- 20 ospedali
- 11 Comuni (grandi città e paesi)
- 13 centri di Servizio Sanitario Nazionale
- 4 servizi sanitari regionali / statali (che coprono circa 15.000.000 di abitanti) del Nord Italia
- 11 diverse associazioni e ONG
- 4 Ordini degli Psicologi regionali
- L'Ordine degli Psicologi nazionale
- Rete di gestione delle carceri del Nord Italia
- Costa Crociere (con ospiti ed equipaggi contagiati durante la crociera)
- Ministero dell'Istruzione (programmi per insegnanti e studenti di tutte le età sull'emergenza Coronavirus).

Abbiamo organizzato un seminario gratuito incentrato sui protocolli e sugli strumenti EMDR applicati all'emergenza del Coronavirus. Questo seminario è stato anche utile per dare ai nostri membri collegati in streaming (5300 connessi su 7100 membri totali) la possibilità di comprendere le loro reazioni allo stress, di sentirsi parte di una comunità professionale in questo periodo di isolamento, di avere degli strumenti per lavorare con EMDR con la stessa prospettiva e con un buon livello di competenza.

Osservazioni conclusive

- *Preoccupazioni in emergenza*: durante un'emergenza, ognuno risponde con la propria personalità, le sue caratteristiche e le abilità che ha imparato nella vita. Molti svilupperanno ansia o paura; altri diventeranno depressi, ecc. È importante sapere che questi effetti non si fermeranno alla fine dell'emergenza ma potrebbero persistere a medio-lungo termine o potrebbero persino crescere e generalizzarsi in una serie di situazioni che non erano solite generare nessun disturbo prima.
- *Fornire un ambiente di sicurezza*: durante un'emergenza, e in particolare in questo caso quando stiamo combattendo contro un nemico "invisibile", le persone potrebbero sentirsi in costante pericolo e potrebbero provare costante paura. Questa sensazione di minaccia ha la priorità sulle strutture cognitive razionali perché questa è una questione di sopravvivenza e quindi innata e irrazionale. In questa prima fase, sarà importante fornire alle persone un senso di sicurezza e ricordare loro che ci sono cose che possiamo fare, quindi non siamo così indifesi. Nel fornire supporto anche in questa situazione, abbiamo notato che è possibile trovare risorse, aspetti positivi o situazioni in cui il paziente è stato in grado di sentirsi al sicuro. È stato fondamentale per promuovere la sicurezza, fornire informazioni e psicoeducazione su ciò che sta accadendo e su come e perché stiamo reagendo in questo modo.
- *Supportare i canali ufficiali di informazione*: in situazioni di emergenza, le persone sentono il bisogno irrazionale di essere rassicurate e di avere il controllo su ciò che sta accadendo. Quindi, molti sentiranno il bisogno di seguire costantemente le notizie online. Molto spesso, tuttavia, riceveranno notizie false: dato che sono state scritte per suscitare un impatto emotivo, diventeranno virali e difficili da gestire. È stato necessario ripetere quanto sia importante seguire i canali ufficiali, come il sito web del Ministero della Salute o altri siti web ufficiali gestiti da organizzazioni sanitarie, per rassicurare la popolazione e non diffondere il panico come spesso fanno le notizie false.
- *Legittimare le risposte emotive*: spiegare il Coronavirus come se fosse un "nemico invisibile" difficile da controllare e prevedere. Questa emergenza ha messo alla prova i nostri schemi mentali, quelli a cui siamo abituati come esseri umani. Questo è il motivo per cui possono sorgere forte ansia e preoccupazione. Cercare di normalizzare e legittimare tutte queste emozioni può essere utile per calmare i pazienti e spiegare cosa sta accadendo in loro.
- *Supportare la resilienza*: proprio come il nostro corpo è dotato di un sistema immunitario, il nostro cervello è in grado di adattarsi psicologicamente a situazioni avverse grazie alla sua resilienza. È importante estendere la prospettiva di ciò che sta accadendo: non siamo indifesi anche se non possiamo cambiare le cose. Possiamo cambiare le nostre reazioni e prospettive, il modo in cui vediamo ciò che stiamo vivendo.
- *Punti di vista costruttivi*: fornire una visione costruttiva di ciò che stiamo vivendo; in ogni situazione è possibile trovare risorse che possono essere utilizzate. Questa è un'opportunità per dedicare tempo a una vita più lenta, alla nostra famiglia e a noi stessi. In questo momento, possiamo fare cose che non sono mai state una priorità per noi. Ora possiamo farle e usare la tecnologia - streaming e piattaforme - Siamo tutti isolati ma allo stesso tempo siamo tutti collegati come comunità.
- *Supportare ciò che possiamo fare*: per tutti questi fattori, non è possibile prevedere i risultati. Molte persone possono avere difficoltà a causa di questa imprevedibilità.

Fornire indicazioni semplici e chiare su cosa fare consente alle persone di sentire meno questo senso di imprevedibilità. Ad esempio, lavarsi le mani, pulire tutte le superfici domestiche, prestare attenzione se starnutiamo o tossiamo, ecc., Ma anche strategie emotive e psicologiche per sentirsi radicati e sicuri.

- *Concentrarsi sul qui e ora*: il fatto che in questo momento non possiamo realizzare progetti, nessun piano, può creare nuove sfide e sentimenti, dal momento che non siamo abituati a non fare piani. Tuttavia, è importante affermare che dobbiamo concentrarci sul qui e ora. Questa è una grande opportunità per semplificare le nostre vite che sono generalmente molto complesse e veloci. Abbiamo la possibilità di esplorare questa vita più semplice e più facile che l'emergenza del Coronavirus ci sta obbligando a condurre, cambiando la nostra gerarchia di priorità.

- In tutto il paese si è sviluppato *un nuovo senso di comunità*. Le persone hanno trovato il modo di condividere momenti piacevoli, in modi creativi, come aprire le finestre o uscire sui balconi o terrazze e cantare insieme o suonare. Attraverso Internet, WhatsApp, ecc. molte cose possono essere condivise come bere un drink virtuale insieme o celebrare eventi. Le persone che vivevano nello stesso edificio e non si erano mai incontrate ora hanno una chat WhatsApp dove condividere informazioni sui negozi di generi alimentari o per aiutare qualcuno del palazzo se ha bisogno ... Quindi, è molto positivo vedere che quando gli individui non ce la fanno, il gruppo si forma in modo naturale per aiutare e sostenere.

- *Il contributo della terapia EMDR*: a livello sanitario, sono stati perseguiti specifici protocolli scientifici, seguendo protocolli medici, conoscenze ed esperienza. Dal punto di vista psicologico, dobbiamo anche affrontare le esigenze e le dinamiche che si stanno innescando nelle persone, attraverso protocolli basati sulla ricerca considerati efficaci secondo le linee guida internazionali come la terapia EMDR.

*Presidente dell'Associazione EMDR Italia - Presidente dell'Associazione EMDR Europe

The picture of a country facing the Covid-19 pandemic

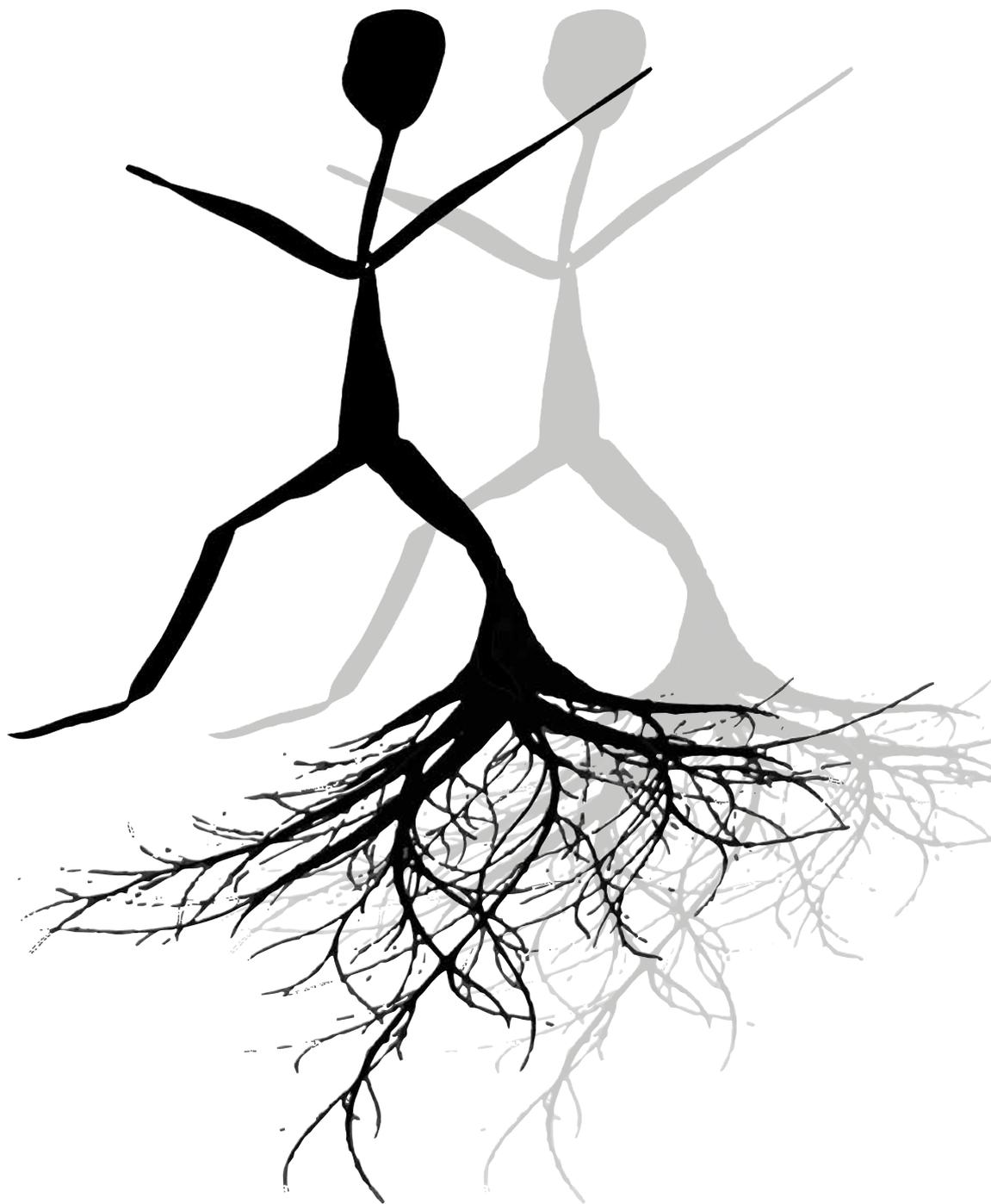
Covid-19 has hit hard on the population in Italy, and in many other countries all over the world. The dramatic increase in the number of victims has obliged people to change their daily routines, to give up their social life and interests. The article analyses the many facets of the pandemic emergency and its influence on the emotional and psychological needs of individuals.

KEYWORDS: emergency, psychological problems, challenge

link
emozioni

Eroi e non
Come la Filosofia può spiegarci
da dove nasce il senso del dovere

MARIA CONCETTA GANDOLFO



Eroi e non. Come la Filosofia può spiegarci da dove nasce il senso del dovere

Heroes and non-heroes How Philosophy can explain where a sense of duty comes from

Se ad una cosa è servita questa pandemia, che tutti abbiamo vissuto con grandi sofferenze, è stata quella di spingerci a riflettere su alcuni valori, che forse avevamo dimenticato, travolti dal ritmo frenetico della vita odierna, improntata al consumismo e al culto del profitto

MARIA CONCETTA GANDOLFO*

PAROLE CHIAVE: eroe, senso di dovere, comunità

Costretti a rimanere chiusi in casa, abbiamo avuto più tempo per riflettere su certi fatti che hanno suscitato in noi profonde emozioni e insoliti interrogativi: la foto dell'infermiera di un reparto di terapia intensiva sorpresa mentre si abbandona al sonno, stremata da ore ed ore di impegno e assistenza ai suoi malati, ha fatto il giro del web ed ha commosso milioni di persone, come pure la notizia di decine di anziani medici, ormai in pensione, che hanno chiesto di rientrare in servizio per curare i malati di coronavirus.

Allora è sorta spontanea la domanda: perché certe persone sono capaci di pensare prima agli altri che a se stesse, di avere un senso della collettività che supera quello dell'egoismo naturale? In altre parole, perché in alcune particolari circostanze alcuni si comportano da eroi ed altri no?

Proviamo a cercare una risposta nella filosofia, anche per smentire il detto scherzoso che la filosofia è quella cosa con la quale e senza la quale si rimane tale e quale.

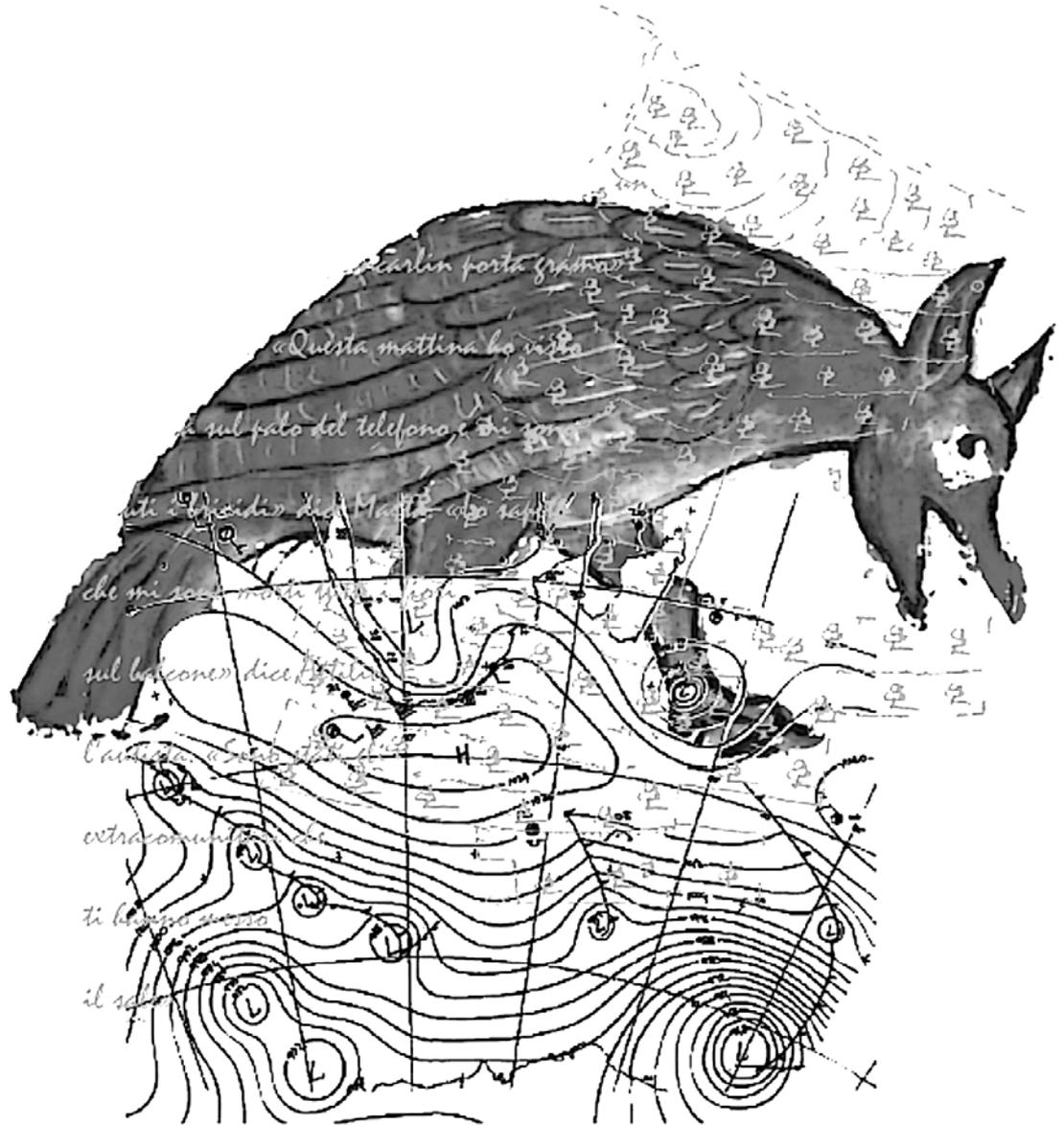
Per farlo chiediamo aiuto addirittura ad Immanuel Kant, che aveva distinto fra imperativo ipotetico ed imperativo categorico.

Per Kant il comportamento dell'uomo nasce dalla contrapposizione fra natura e ragione: la prima ci spinge a seguire i nostri istinti, come il mangiare, il bere, il fare sesso senza limiti, il salvare noi stessi prima degli altri; la seconda, cioè la ragione, interviene per imbrigliare questi istinti in una forma razionale e si esprime dentro di noi sotto forma di imperativi, cioè di comandi.

Il Cristianesimo parla di "voce della coscienza" e la identifica con la voce di Dio che ci spinge a seguire i comandamenti da Lui dettati a Mosé, ma Kant era agnostico e riteneva che non si potessero fornire prove razionali della esistenza o non-esistenza di Dio e quindi gli imperativi devono venire dall'uomo stesso, dalla ragione umana.

Gli imperativi della ragione però sono di due tipi: ipotetici e categorici.

Gli imperativi ipotetici si basano su un calcolo razionale dei vantaggi e degli svantaggi che una certa azione può comportare, per esempio: «se vuoi tenere il colesterolo basso, mangia con moderazione salumi e formaggi». Una persona può



seguire o meno l'imperativo ipotetico: se non lo segue non commette peccato, perché non si tratta di un'azione morale ma di una semplice scelta di opportunità. L'imperativo categorico invece ti impone di compiere o meno una certa azione "perché è tuo dovere" e, se ti sottrai, compi un'azione immorale.

Soccorrere un ferito in autostrada, salvare una persona che sta annegando, curare un malato in ospedale, salvare dalle fiamme un bambino, denunciare un crimine di cui sei stato testimone, sono tutti esempi di imperativi categorici a cui devi obbedire per la tua dignità di uomo, anche se ne deriveranno fastidi o seccature o addirittura un pericolo per la tua stessa vita: se ti fermi a soccorrere un ferito in autostrada, probabilmente perderai tempo prezioso in questura; se ti butti a salvare uno che sta annegando, potresti annegare anche tu, come potresti contrarre un virus mortale prestando assistenza medica o infermieristica a persone contagiate. Gli uomini e le donne che hanno agito seguendo l'imperativo categorico in queste circostanze negano di essere degli eroi e non vogliono lodi ed onori perché la morale kantiana è molto rigida: "il dovere per il dovere", senza aspettarsi un premio o temere un castigo sia pure nell'aldilà, come prescrive la morale cristiana. Certamente se alla purezza dell'azione morale seguisse la riconoscenza dei beneficiati si avrebbe quella sintesi di virtù e felicità che costituisce per Kant il "sommo bene", ma purtroppo le circostanze successive all'ondata di commozione collettiva che ha portato l'opinione pubblica ad esaltare medici ed infermieri come i nuovi eroi dei nostri tempi, ha dopo qualche tempo condotto ad un voltafaccia che è arrivato ad accusare e denunciare quegli stessi eroi e a trascinarli addirittura in tribunale per presunte mancanze. Questo perché la maggior parte delle persone non obbedisce all'imperativo categorico, ma a quello ipotetico, per cui fa un calcolo dei vantaggi e degli svantaggi a cui può condurre un certo comportamento, da cui ne deriva che se la Legge offre

una copertura giuridica ad un certo comportamento, la maggioranza delle persone tende ad approfittarne, sentendosi perfettamente serena ed in pace con la propria coscienza: "ho diritto a non presentarmi al lavoro perché ho raggiunto l'età della pensione, perché sono un soggetto a rischio in quanto ex fumatore, perché ho diritto di anticipare le ferie, perché assisto un parente ai sensi della legge¹⁰⁴, perché sono sottoposto a cure che hanno abbassato le mie difese immunitarie, ecc. Anzi, in fondo in fondo gli eroi provocano in quelli che eroi non sono una certa irritazione...

Kant non spiega da dove nasca l'imperativo categorico, che ha origini ben più lontane dello stesso Cristianesimo; al suo posto lo fece, dopo un secolo e mezzo, un altro pensatore, Spencer, che, avendo abbracciato l'ipotesi evolucionistica di Darwin, venne considerato il filosofo dell'evoluzionismo.

Per Spencer l'imperativo categorico nasce nell'uomo appena uscito dallo stato ferino, come un meccanismo di salvaguardia della specie che spinge, per esempio, a proteggere i cuccioli invece di divorarli, e le madri a difenderli anche a costo della propria vita.

Quando l'homo sapiens cominciò a vivere in comunità, divenne importantissimo il giudizio della comunità stessa, per cui nacque la morale degli eroi, quella che spinge Ettore ad affrontare in duello Achille ed a resistere alle esortazioni di Andromaca che lo prega di mettersi in salvo dentro le mura della città, nel celeberrimo dialogo reso immortale da Omero:

"Taci, donna, che penserebbero di me i Troiani dai lunghi schinieri?"

E in tempi più vicini a noi?

Non può essere sfuggito che l'imperativo categorico non sia altro che l'introyezione del Super-io, nel passaggio da una morale eteronoma ad una autonoma, come aveva già auspicato Kant. Finché siamo bambini o molto giovani, ci affidiamo alla guida di figure autorevoli come i genitori, qualche insegnante o sacerdote, che ci indicano cos'è il bene e cos'è il male: quindi la nostra morale è eteronoma, diretta dagli altri. Con la maturità, alcuni di noi interiorizzano questi insegnamenti e quindi diventiamo autonomi e obbediamo a noi stessi

In effetti obbediamo ai valori della comunità a cui apparteniamo e che largamente condividiamo, il che spiegherebbe perché menti eccelse abbiano sostenuto in passato idee e atteggiamenti che oggi ci appaiono inaccettabili.

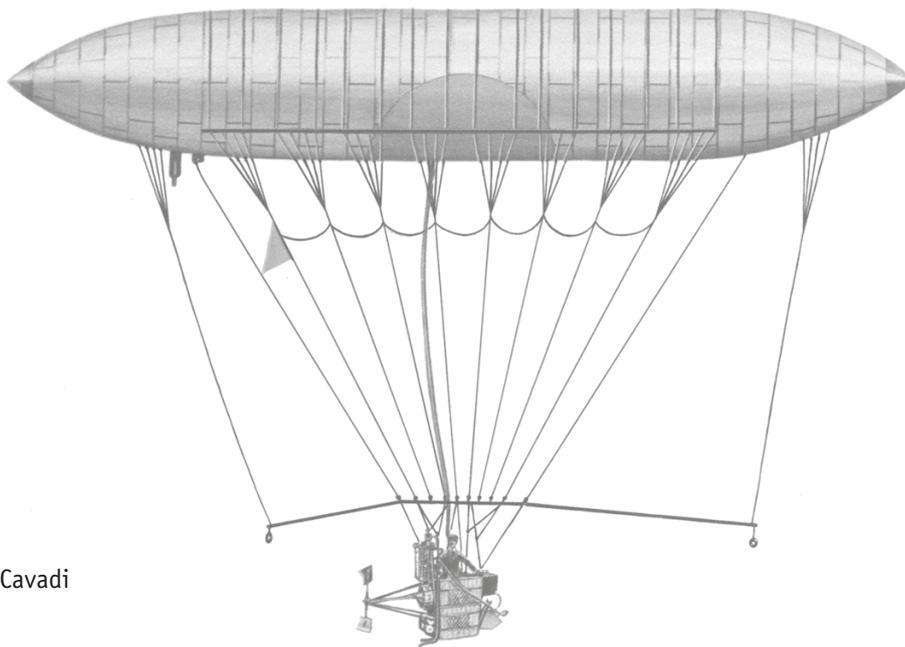
Forse questa pandemia ci ha aiutati a recuperare il senso della comunità, e a sentirci parte di un tutto, per cui ci ritroviamo a cantare emozionati l'inno nazionale o quelle canzoni che ci accomunano e che parlano al cuore di tutti.

*Docente di Lettere al Liceo Classico [maricetagandolfo1950@gmail.com]

Heroes and non-heroes How Philosophy can explain where a sense of duty comes from

The Author reflects on the origin of the sense of duty: is it a Christian quality? Kant provided a definition of categorical imperatives, Spencer spoke of the evolution of the species and of survival laws. Also the values of a community, its tenets, can influence the subjective behaviour of a member

KEYWORDS: hero, sense of duty, community



A cura di Giovanni Cavadi

Alberto Ghilardi & Manuela Rossini (curatori). *Mobbing. Aspetti clinici, giuridici e organizzativi*. Piccin, Padova, 2019, pp. 153, euro 15,00.

Il termine mobbing fu definito dallo psicologo tedesco H. Leymann (1984) come una sorta di terrorismo psicologico derivato da una forma di comunicazione ostile e non etica, attuata sistematicamente da una o più persone nei confronti di un solo individuo, oggetto di iniziative vessatorie e persecutorie che devono persistere per almeno sei mesi e con una frequenza di almeno un episodio a settimana. Il mobbing è una forma di patologia organizzativa che riguarda l'intero sistema di una azienda, pubblica o privata, nel quale si può manifestare e che ha delle conseguenze molto gravi nelle persone che ne sono oggetto. Il libro che presentiamo affronta la problematica del mobbing sotto una serie variegata di aspetti dall'inquadramento giuridico alle ricadute sulla salute pubblica nei principali quadri clinici e loro valutazione. Affrontati anche i temi della tutela assicurativa dei rischi professionali generati dal

mobbing e sottolineata la differenza di genere che penalizza le donne lavoratrici. Alla fine di ogni capitolo è presente una accurata bibliografia. (G.C.)

Luigi Ferrari. *Guida per il lettore contemporaneo de Il capitale di Karl Marx*. Prefazione di Giorgio Galli. Vicolo del Pavone, Castelnuovo Scrivia, 2019, pp. 260, euro 14,90.

Nel leggere questo volume mi sono chiesto "Perché un professore di psicologia economica e del lavoro e di Psicologia delle condotte finanziarie presso l'Università 'Bicocca' di Milano, si è gettato in questa avventura nella rilettura dell'opera di Marx?". La risposta dell'Autore è la seguente: "Il livello medio di conoscenza di quasi tutta l'opera di Marx (nell'edizione italiana 5300 fitte pagine) è miserevole... Rarissime persone pur con buoni studi e pochissimi intellettuali di professione sono andati un po' oltre la prima ventina di pagine de *Il Capitale*". Soprattutto ciò che ha impedito la conoscenza dell'opera, oltre le difficoltà e le spigolosità del testo, è stato

il clima della lunghissima Guerra Fredda che "ha autorizzato, promosso e protetto l'ignoranza fobica diffusa...in cui *Il Capitale* è stato precipitato al centro di un immane conflitto ideologico-politico-militare, che ha prodotto danni alla cultura occidentale". Quello che ho capito di questo saggio è che Marx è stato, e forse lo è ancora, il maggior teorico del capitalismo, che, pur criticandolo, lo pone al centro della vicenda umana degli ultimi due secoli e certamente con la sua opera ci fornisce un lucido strumento per comprendere la nostra realtà economico-sociale. Egli, sottolinea Ferrari, in tutta la sua opera tesse le lodi del capitalismo come un modo di produzione più avanzato rispetto a tutti quelli precedenti. Voglio ricordare che il primo libro de *Il Capitale* esce nel 1867, anno in cui non era nata ancora la psicologia sperimentale con Wundt, (1879) e quindi l'interpretazione psicologica dei fenomeni socio-economici si fonda sui contributi della filosofia dell'epoca, con la centralità della contraddizione e del negativo quali costituenti basilari di ogni cambiamento. Ricordiamoci che la problematica del cambiamento è centrale nella psicologia sociale del

'900 e nella psicoterapia. Per Marx tutta la ricchezza deriva dal lavoro umano, dal tempo-lavoro, dal tempo vitale che il lavoratore dedica alla sua attività quotidiana. Marx distingue molto nettamente il lavoro dalla forza lavoro, dato che ciò che si compra o si vende non è il lavoro ma la forza lavoro che lui chiama "forza creatrice di valore", dato che, per vivere, il salariato "deve vendere la sua forza lavoro, cioè tutto il suo tempo vitale... I salariati sono in concorrenza tra loro e quasi stabilmente in soprannumero. I salariati sono stabilmente sospinti verso il salario di 'sopravvivenza'. In questo momento storico a causa del coronavirus questa considerazione di Marx potrebbe rivelarsi attuale? (G.C.).

Serena Giunta & Girolamo Lo Verso. *Fare gruppi. Indicazioni per la clinica, la formazione e la ricerca*. Presentazione di Franco Del Corno. Postfazione di Adriano Schimmenti. Il Mulino, Bologna, 2019, pp. 184, euro 17,00.

Questo volume è una sintesi delle variegata forme di fare

gruppi al fine di migliorare le relazioni umane. Il focus è centrato sul setting con un approfondimento dell'evoluzione del setting quale griglia di analisi (GAS). Vengono presentati i vari parametri in cui si articolano i gruppi clinici: gruppo di psicoterapia analitica, psicodramma analitico, gruppi di formazione, gruppi di lavoro riabilitativo, gruppi di terapia istituzionale, gruppi di prevenzione, gruppi con immigrati, ecc. Per ognuna di queste forme di gruppo vengono analizzati i seguenti parametri: gli obiettivi, la domanda, il tipo di utenza, il numero di partecipanti, il luogo di incontro, la cadenza delle sedute, il setting e la matrice di gruppo, le forme di pagamento, la durata del lavoro, la fondazione del gruppo, la processualità del gruppo, la presenza del corpo, gli aspetti istituzionali, la responsabilità del conduttore, la conduzione, i tipi di interventi, la formazione dei conduttori. Infine molta attenzione è dedicata alle nuove direzioni di ricerca-intervento e vengono presentate delle esemplificazioni cliniche. Una nutrita bibliografia completa l'opera. (G.C.).

Migrazioni. Dal conflitto e dall'odio alla cura e alla speranza. Prospettive psicologiche sul benessere e le comunità. International conference a cura del Dipartimento di studi umanistici dell'Università di Napoli. 2019, Abstracts.

Vengono presentati i contributi di parecchi psicologi italiani e italo-americani sulla tematica delle migrazioni. Da segnalare la lettura magistrale di Phil Zimbardo dal titolo "Evil and heroes: Inspiring new heroism in the world" e la interessante ricerca di Anthony Sciolì "Measuring and building hope: Recent advances from our hope lab" relativa al modello psicologico della speranza da lui ideato e alla scala relativa per misurarla. Interessanti i contributi di S.

Di Nuovo "Hope and trust in intercommunity interactions", di P. Sardi "Migration effects: Resentment and revenge versus a global community" e di B. Mazzara "Migration as a social and cultural issue".(G.C.).

Luciano Peirone (curatore). La vita ai tempi del terrorismo. Psicologia e fiducia per gestire la paura e fronteggiare il Male. Prefazione di Gian Carlo Caselli, presentazione di Alessandro Lombardo, postfazione di Igor Graziato. Ordine degli Psicologi del Piemonte, Torino, 2017, pp. 214, Scaricabile su l'Ebook formato PDF.

Il volume curato da psicologi sociali e clinici cerca di rispondere a delle attuali e cruciali domande: "Cosa sono la paura, il terrore, il Male, all'inizio del terzo millennio e soprattutto quanto vale la vita umana sotto l'incubo del terrorismo estremo". Come ha scritto Zimbardo (2001) il terrorismo ruota intorno alla paura estrema. Esso è un male specifico e non esiste rischio zero e i suoi effetti sulla popolazione sono il senso di insicurezza, la perdita di fiducia verso i valori fondamentali e un generale senso di malessere. Il volume contiene il contributo degli psicologi, prevalentemente del Piemonte, alla problematica del terrorismo, per cercare di rispondere ad alcuni interrogativi che le persone si pongono: "Si riuscirà a sopravvivere? Prevarrà sempre più l'insicurezza? Si tornerà mai alla perdita sicurezza?". Il volume si propone di suggerire alcune risposte che oggi possono essere fornite dalla conoscenza e dalla ricerca psicologica a tale drammatico stato e vissuto generato dal terrorismo, che incide profondamente sulla psiche delle persone, e una riflessione su come la psicologia può intervenire a lenire questa drammatica condizione nelle comunità. Tra i tredici contributi presentati segnaliamo quello di Peirone: "Annotazioni sulla personalità del terrorista del XXI secolo" e quello della Borgialli "La

psicodinamica del Male: il ruolo dello psicologo nella cultura della pace". (G.C.).

Carlo Cristini (a cura di). Il cambiamento psicoterapeutico. Prefazione di Marcello Cesa-Bianchi. Franco Angeli, Milano, 2012, pp. 287, euro 32,00.

Storicamente la psicoterapia, qualsiasi sia la sua matrice teorica, è nata in funzione del cambiamento e le persone dovrebbero essere spinte a cambiare per migliorare la condizione precedente, per sentirsi meglio. La relazione, il processo terapeutico e i relativi cambiamenti sono affrontati da vari punti di vista, sia teorici che applicativi, data la pluridisciplinarietà della tematica, da venti collaboratori del volume che ci offrono uno spettro ampio del contributo della psicoterapia prevalentemente ad orientamento psicoanalitico. Il volume cerca di rispondere ai seguenti interrogativi: la psicoterapia funziona? e perché le persone si avvicinano ad essa e chiedono un trattamento psicoterapeutico? per stare meglio, per ripristinare una condizione di benessere, di equilibrio, di un attivo adattamento? La sottolineatura è che il lavoro terapeutico si sviluppa in un ambito relazionale fra due individui, il terapeuta e il paziente, in una lenta e spesso faticosa interazione della coppia terapeutica che cresce in una unica ed intricata vicenda intersoggettiva. Ognuno dei contributi è completato da una bibliografia specifica. (G.C.).

Psicologia e lavoro. Rivista trimestrale dell'Università delle persone, Bologna. 2017, Anno 49°, n° 182, pp. 79, Direttore responsabile Enzo Spaltro, s.i.d.p.

Nell'editoriale di Spaltro viene sottolineato come "un lavoro buono non ci basta più: desideriamo un lavoro bello, espressivo, piacevole... oggi lo obbligano ad essere

un dovere e non un piacere". Viene anche riportata un'interessante statistica ONU con gli indici di benessere mondiale. Puntuale, anche se per ora avveniristico, l'articolo di V. Volpe su "La consulenza per la partecipazione" (relativo alla partecipazione dei lavoratori alla gestione delle imprese). Una ricerca-intervento di D. Tartarini in psicologia del lavoro correda il volumetto. Attuale il breve estratto sul reddito di base o di cittadinanza di due politologi belgi, tratto dal loro libro "Basic income. A radical proposal for a free society and a sane economy". In appendice un breve questionario "Clima 182" per misurare autonomamente il sentimento di cittadinanza. (G.C.)

Cristina Wuhrer. Sopravvivere al marito quando si ha un cancro. Manuale semiserio da regalare ad un'amica che ha un marito, un compagno e pure il cancro, e non sa come sopravvivere. Edizioni Medicea, Firenze, 2009, pp.78, s.i.d.p.

Questo libretto, pur nella sua brevità, descrive diciassette tipologie di uomini che l'Autrice, psicoterapeuta e psicooncologa, ha incontrato nei 30 anni di lavoro assistendo le donne che sono state curate per un cancro al seno. Ricordo che l'Autrice stessa ha avuto un cancro al seno e ne è uscita curata. Due sono i rilievi su cui ci soffermiamo: la scelta di varie tipologie psicologiche di uomini, dal narcisista al pedante, dal materno al crocerossino, ecc., che non sono dovute al caso, come ci ha insegnato C.G. Jung, ma dovute ad alcune differenze di base che caratterizzano le persone; a queste si accompagna una ironia bonaria e garbata che caratterizza la Wuhrer e che non ha finalità denigratorie verso i partner. Sottolineo, in consonanza con l'Autrice, che l'ironia è una forma di distaccato umorismo che mira alla relativizzazione delle false sicurezze e alla presa di distanza da atteggiamenti intransigenti e dogmatici. (GC).

Convegni/ Congressi

MILANO

Italia

Start date: 27/01/2021

End date: 29/01/2021

XXII Congresso SINPF

VILLAFRANCA DI VERONA

Italia

09/04/2021

Convegno SIMEGeN - Un vestito su misura per Uomo e Donna: realtà a confronto

SIENA

Italia

09/04/2021

IV Meeting delle neuroscienze toscane SNO SIN: Il futuro delle neuroscienze nell'equilibrio tra ricerca scientifica e pratica clinica

PRAGUE

Czech Republic

Start date: 6 May 2021

End date: 9 May 2021

8th World Congress on ADHD

CAGLIARI

Italia

Start date: 19 May 2021

End date: 22 May 2021

LX Congresso Nazionale SNO - Strategie Multidisciplinari

OSLO

Norway

Start date: 3 Jun 2021

End date: 4 Jun 2021

11th European Community Conference

NICOSIA

Cyprus

Start date: 13 Jul 2021

End date: 16 Jul 2021

42nd Annual ISPA Conference - International School Psychology Association

PRAGUE

Czech Republic

Start date: 18 July 2021

End date: 23 July 2021

The 32nd International Congress of Psychology *

* Under the unique circumstances that all of us confront with the COVID-19 pandemic, ICP2020 - which was due to be held this July - has been rescheduled to 18-23 July 2021 at the same Prague Congress Centre.

GIBRALTAR

United Kingdom

Start date: 20 Sep 2021

End date: 24 Sep 2021

34th European Association for Aviation Psychology Conference: Re-Building bridges

ART

ART



1. Emily Carr, *Autunno in Francia*, 1911, Ottawa, National Gallery.

Emily Carr. L'amante del bosco Emily Carr. The Forest Lover

ROSA DE ROSA *

Un'analisi della storia dell'arte da un punto di vista femminile scopre spesso personaggi poco conosciuti dal grande pubblico ma di straordinaria rilevanza. È questo il caso di Emily Carr, nata a Victoria nel 1873 (nel 1871 la Columbia Britannica si era unita al Canada), protagonista fuori schema della cultura e dell'arte canadese della prima metà del Novecento. La sua storia è stata raccontata nel romanzo *L'amante del bosco* da Susan Vreeland che nelle note finali del libro così scrive: «Dopo anni che leggevo opere scritte da lei e a lei dedicate, mi sono resa conto che ciò che provavo per lei era troppo profondo per restare inespresso, perciò mi sono messa sulle sue tracce in vista di un romanzo» e «come lei voleva dipingere lo spirito di una cosa, così io ho voluto offrire lo spirito della sua vita coraggiosa e straordinaria»¹.

In totale contrasto con la cultura borghese della famiglia e dell'ambiente, e sottraendosi alle convenzioni della società vittoriana del tempo, Emily Carr vive per lunghi periodi della sua vita tra le ultime tribù indiane della Columbia Britannica. Scrive brevi racconti, diari e reportage che lei stessa definiva "schizzi narrativi" dei luoghi visitati: pagine e pagine di annotazioni scrupolose in cui racconta del suo rapporto con gli indiani delle Prime Nazioni². Ma sarà la pittura la sua vera passione: «È l'arte il modo più diretto per arrivare all'essenza delle cose, alla nostra identità profonda, al senso della nostra vita».

Studia per due anni, dal 1890 al 1892, al San Francisco Art Institute; frequenta, nel 1899, a Londra la Westminster School of Art; soggiorna nell'estate dello stesso anno nella colonia artistica rurale a St. Ives in Cornovaglia, ma la formazione più determinante (come l'artista dirà), sarà quella di Parigi, dove si trasferisce con la sorella Alice nel 1910 per frequentare l'Accademia Colarossi, interessandosi alla pittura post-impressionista e all'Avanguardia dei Fauves. La sua pittura subisce



Dall'alto:
 2. Emily Carr, *Totem Walk at Sitka, 1907*, Ottawa, Art Canada Institute.
 3. Emily Carr, *Forest, British Columbia, 1931-32*, Art Canada Institute

vendita), la stampa ne parla diffusamente, il Gruppo dei Sette la invita a esporre con loro l'anno successivo. È l'inizio della sua notorietà nel mondo dell'arte canadese⁴. I diari di viaggio si popolano di villaggi di case comuni, ma dipinte da sembrare animali, totem affollati di bestie bizzarre, segni indecifrabili, iconografie difficili da "leggere" e interpretare (foto 4 e 5). Copiarli e copiarli con caparbietà, prima che l'oblio cada su questa parte di mondo e le missioni, gli uomini, il tempo, il progresso e la modernità distrugga tutto. Non sorprende l'interesse dei mercanti d'arte che ne hanno compreso l'originalità (foto 6). Ma la sua pittura diventerà sempre più una missione, un impegno morale, un viaggio nel tempo: «preservare i totem nei miei quadri è un dovere, è un'arte che

una totale metamorfosi, sperimenta l'uso della linea forte e dei colori violenti, che stende sulla tela con pennellate dense e immediate: «colori che gridano per farsi notare», dirà Emily. La lezione francese, in particolare quella di Cézanne e Matisse, la convince a «cercare un'anima nei soggetti da dipingere» e a provocare reazioni fortemente emotive attraverso l'uso spregiudicato dei colori, come si vede esemplarmente nell'opera *Autunno in Francia* del 1911 (foto 1). Fu quello un periodo molto produttivo per la sua pittura. Nel 1912 con un gruppo di artisti Fauves espone a Parigi, al Grand Palais, *Le Paysage*, dipinta l'anno prima, ora ad Audain (Audain Art Museum, Canada).

Dopo gli studi in Europa l'arte diventa per Emily una professione. Ma si prepara una nuova svolta. Nessuna scuola d'arte poteva insegnarle quello che impara, fin dal 1898 (anno del primo viaggio), visitando i villaggi indigeni della costa occidentale dell'isola di Vancouver. «Un mondo magico – dirà – che sta scomparendo». Nell'estate del 1912 riparte verso il nord di Vancouver, scoprendo e documentando con schizzi, disegni, dipinti, scritti e foto la vita, la cultura, l'arte, la religione delle popolazioni indigene dei villaggi sperduti, spesso abbandonati, che trova sulla sua strada. Vuole guardare, toccare, conoscere, provare quelle tempeste emotive che trasmetterà attraverso le opere. Gli anni successivi, fino all'estate del 1933, anno del suo ultimo viaggio, li dedica a trasmettere queste sue straordinarie esperienze: tiene conferenze in molte città del Canada, si dedica per breve tempo, a Vancouver, all'insegnamento presso il *Ladies Art Club*, producendo uno straordinario e multiforme materiale artistico. I suoi viaggi di immersione nella foresta le hanno aperto la mente alla bellezza selvaggia della terra dei nativi canadesi, agli impenetrabili paesaggi segnati dai "Pali totemici", misteriosi testimoni di una cultura primigenia interna al mondo naturale. Sente che l'arte ha il compito di tramandare i riti ancestrali e i misteri delle comunità, storie e immagini che parlano di affetti e dolori, di ricordi e speranze (foto 2). «Voglio offrire un tributo alla creatività dell'arte e alla dignità della vita dei primi abitanti della Columbia Britannica», scrive.

Tele e colori saranno i compagni indispensabili dei suoi viaggi, ma c'è anche un infaticabile lavoro propriamente etnografico, un corpus di conoscenze e una dichiarata invocazione di rispetto della libertà dei nativi canadesi (foto 3).

Alla Mostra "L'Arte canadese della costa occidentale, nativi e moderni" che si tiene alla National Gallery di Ottawa nel 1927, Emily Carr espone 26 opere insieme al Gruppo dei Sette, pittori emergenti molto noti in Canada. Lauren Harris, esponente di spicco del gruppo, si mostra interessato al lavoro di Emily: «lei è una di noi – le dice – i suoi lavori sono stupendi». La mostra è un grande successo (anche di

sta scomparendo... fra una generazione potrebbe non essercene più traccia. C'è bisogno di una documentazione dei totem, nei loro villaggi d'origine, prima che marciscano e tornino alla foresta, o prima che i missionari li brucino in preda a qualche sacro furore...». I "pali" sono il ricordo di glorie passate, di comunità fiorenti, sorgenti di inquietanti forme che diventano segni, colori, figure, simbologie. Su tutto incombe la foresta sacra che "si unisce al mare" con tutti i suoi maestosi alberi: cedri, abeti, pioppi neri, aceri rossi, pini, ontani che sono ancora oggi nell'immaginario visivo del Canada.

Altri boschi l'aspettano, altri *Pali totemici* che devono e possono ancora essere salvati. A questo lavorerò, senza tregua, fino al 1945, anno della sua morte (foto 7).

Pochi anni prima (così scrive Susan Vreeland) avevano chiesto a Emily Carr quali erano stati gli avvenimenti più importanti della sua vita. Rispose: «lavoro e ancora lavoro!.. Amare ogni cosa in modo terribile... L'evento principale per me è il fare... e mi ci sto ancora dedicando. E ancora non ho finito di farlo».

Nel 1952, sette anni dopo la sua morte, Emily Carr rappresenta, con altri tre artisti canadesi, il Canada alla Biennale d'Arte di Venezia. È il giusto riconoscimento del suo immane lavoro.

È l'anno in cui la Biennale celebra l'arte Fauves e assegna tra l'altro un Premio a Raoul Dufy, esponente illustre dell'Avanguardia francese del primo Novecento.



4. *Pali Totemici, Stanley Park, Vancouver, British Columbia*

Al di là di ogni giudizio critico ed estetico, il valore di Emily Carr, sta nella sua indomabile ricerca di un rapporto tra spiritualità e natura. Un rapporto di estrema attualità se si considera che costituisce la base teorica del moderno pensiero ecologico.

* Storica dell'arte.

NOTE

1. Susan Vreeland, *L'amante del bosco*, Neri Pozza Editore, Vicenza, 2004.
2. Emily Carr, *Klee Wyck*, 1941, Greystone Books, Canada. Primo libro pubblicato, in cui narra del suo rapporto con gli indiani delle Prime Nazioni. Per questo saggio, l'artista ricevette il Governor General's Literary Awards.
3. Emily Carr, *Growing Pains*, 1946 (postumo), UBC Library Open Collection.(the Book of Small).
4. Articolo tratto da *Ottawa Citizen*: «È una fonte di grande soddisfazione per chiunque sia interessato alla conservazione dell'arte originaria del Canada il fatto che Emily Carr di Victoria, Columbia Britannica, dopo quindici anni passati senza essere valorizzata nella sua stessa provincia, sia finalmente stata scoperta e al suo lavoro sia stata dedicata l'attenzione che merita. Il suo è il maggiore contributo di tutti i tempi all'arte storica dei rilievi del Pacifico. La signorina Carr appartiene essenzialmente all'Ovest del Canada non solo per i soggetti delle sue opere, ma per il suo approccio a essi». (Susan Vreeland, *L'amante del bosco*, p. 400).

Emily Carr. The forest lover

In her extraordinary novel, Susan Vreeland traces the life and work of Emily Carr, a Canadian woman painter whose intense and pregnant activity was aimed at catching and representing Canadian Natives, close relationship with their Natural world.