

link

RIVISTA SCIENTIFICA DI PSICOLOGIA

VOLUME 1/2025



SOMMARIO

Edit

- 5 EDITORIALE
8 In memoria di Phil Zimbardo
VITO TUMMINO

Focus

- 11 Il concetto di personalità e l'evoluzione degli studi psicologici:
quale classificazione nosografica
PAOLO DI BIAGIO
24 Competenze relazionali e abilità comunicative nell'era della
sanità digitale
ANNA ZANATTA

Strumenti

- 35 La psicologia delle catastrofi: l'esperienza sul campo del Trauma
Center Psicologico dell'A.O. "Santa Croce e Carle" di Cuneo
MAURA ANFOSSI, MARCO CAVALLO, GEMMA FALCO, CRISTINA
GIORDANA, ARIANNA PIACENZA, ANDREA PASCALE
48 Il ruolo dello psicologo in équipe per la presa in carico del
paziente affetto da Mieloma Multiplo
DENISE FEDELE

Sessualità

- 63 La sessualità di coppia quando un figlio non arriva
MARISA D'ARRIGO

Ricerche

- 72 Aggressioni e atti di violenza a danno del personale delle aziende
sanitarie: valutazione del benessere e del burn out negli operatori
GLORIA MASSIRONI, LAURA GRIGOLETTI, ALESSANDRA
GIACOMINELLI, FABRIZIO VARALTA, IMELDA ROMANO,
PIETRO MADERA, ANTONIA BALLOTTIN

Riflessioni

- 82 Fare le pulci alla scienza: i (nascosti) bias della ricerca scientifica
UMBERTO NIZZOLI

Società

- 89 Elogio della differenza: intervista a Oliviero Toscani
FABIO FERRARO

Recensioni

- 95 Nascere come Pinocchio
AUGUSTO NUCCIOTTI

Convegni/ Congressi

96

Link art

- 99 Biennale di Venezia/ Stranieri Ovunque
ROSA DE ROSA

link



Direttore responsabile
Mario Sellini

Redazione
Vito Tummino (Presidente
Federazione Società Scientifiche
di Psicologia, FISP), Caterina
Cannizzaro, Giovanna Colombo,
Denise Fedele, Eleonora Riva,
Sara Scacchetti

Segreteria
Eleonora Riva, Sara Scacchetti

Comitato scientifico
Anita Caruso, Anna Costantini,
Isabel Fernandez, Mara Donatella
Fiaschi, David Lazzari, Antonio
Loiacono, Francesco Macri
(Segretario nazionale della
FISM, Federazione Italiana delle
Società Medico-Scientifiche),
Lorraine Mangione (Department
of Psychology Antioch
University, New England, USA),
Fabio Monticelli, 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/ disegni
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

ISSN 2611-6758

Editore: Associazione Unitaria
Psicologi Italiani A.U.P.I. Link
rivista scientifica di psicologia
- n. 1/ gennaio-dicembre 2025 -
Annuale.
Redazione e sede legale:
Roma, via Arenula 16,
Tel.06.6873819 - Fax
06.68803822.
Service provider: Aruba S.P.A.
Ponte San Pietro (Bergamo).
Registrazione del Tribunale
di Roma n. 64 del 17/4/2023.
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/ 2025

NORME PER GLI AUTORI

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

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, Ricerche, Sessualità, 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.

BIBLIOGRAFIE

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. (edt), *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.

Stiamo vivendo un'epoca di grandi trasformazioni, segnata dallo strapotere della tecnologia. L'intelligenza artificiale (IA) sta diventando la quarta rivoluzione industriale: il suo potere e il suo potenziale stanno suscitando reazioni opposte di entusiasmo e paura. In quasi ogni settore della società – dalla politica, alle aziende, all'economia, dalla scuola alla sanità – non si parla d'altro che di cosa accadrà.

“Poiché l'Intelligenza Artificiale ha superato i limiti della capacità individuale di riconoscere modelli, naturalmente restiamo impressionati quando gli strumenti di IA generativa funzionano bene”, ha affermato Ericka Rovira, PhD, docente di psicologia ingegneristica presso la United States Military Academy di West Point, ed ha aggiunto: “Ma, come psicologi, poiché il nostro lavoro ha un notevole impatto sulla vita delle persone, non possiamo far passare per magia ciò che si può spiegare”.

L'integrazione dell'intelligenza artificiale (IA) nella pratica clinica psicologica sta guadagnando attenzione, con potenzialità significative per migliorare l'efficienza, ampliare l'accesso al supporto e rafforzare la relazione terapeutica. I modelli linguistici generativi, in particolare, offrono strumenti innovativi come chatbot per la valutazione di problemi psicologici, e l'uso dell'IA nella trascrizione e nell'analisi delle sedute potrebbe ottimizzare il flusso di lavoro. Tuttavia, gli psicologi devono affrontare sfide etiche e cliniche, come la protezione della privacy dei pazienti, la gestione dei dati nel sistema informatico e la necessità di un'analisi critica dei risultati forniti dalla tecnologia.

Recentemente negli Stati Uniti i genitori di due adolescenti hanno intentato causa contro la piattaforma di chatbot Character.AI, accusandola di esporre i loro figli a contenuti ingannevoli e ipersensualizzati. L'American Psychological Association (APA) ha sollecitato un'indagine da parte della Federal Trade Commission (FTC), agenzia governativa per la tutela dei consumatori, sul contrasto e la prevenzione di pratiche commerciali anticoncorrenziali, come sulle azioni ingannevoli delle piattaforme digitali.

Inoltre, l'APA ha espresso preoccupazione per l'uso da parte delle App chatbot di termini come “psicologo” o la possibilità di chattare con l'IA sulle migliori cure, fenomeno che potrebbe ingannare gli utenti, in particolare gli adolescenti e le fasce fragili della popolazione, con indicazioni pericolose per la loro salute mentale.

L'APA ha sottolineato i rischi per la salute mentale degli adolescenti, che potrebbero essere vulnerabili di fronte a informazioni fuorvianti o dannose fornite da chatbot che vengono presentate come elaborate da esperti di salute mentale; per queste ragioni l'uso di termini come “psicologo” e “terapeuta”, senza la dovuta autorizzazione, è considerato fraudolento e potenziale portatore di conseguenze legali.

In ambito di ricerca, l'IA sta accelerando gli studi in psicologia, ma solleva anche questioni riguardanti l'affidabilità dei dati generati e la trasparenza nel loro uso. I professionisti devono essere proattivi nel guidare lo sviluppo etico e regolamentato di queste tecnologie, con particolare attenzione alla privacy, alla sicurezza e alla riduzione delle disparità nell'accesso alla salute mentale.

Nonostante le promesse, l'IA presenta anche rischi, come la potenzialità di perpetuare pregiudizi o di compromettere l'interazione umana, essenziale nella relazione terapeutica.

Le associazioni degli psicologi, gli ordini professionali e le società scientifiche dovrebbero informare su come implementare le conoscenze sull'interazione tra uomo e tecnologia, promuovendo l'uso giusto, etico ed equo dell'IA.

In questo numero di Link

Nella sezione *Focus* ospitiamo un articolo di Paolo Di Biagio, dal titolo *Il concetto di personalità e l'evoluzione negli studi psicologici: quale classificazione nosologica?* La classificazione psicopatologica della personalità (DSM5) ha considerato l'evoluzione e le differenze culturali ed etniche; le concezioni di normalità del secolo scorso sono variate significativamente, influenzando la conoscenza delle tipologie psicologiche individuali. La natura della personalità si sviluppa attraverso un complesso intreccio di fattori bio-psico-fisici e di apprendimento, mentre la classificazione psicopatologica cerca di delineare la normalità, tenendo conto delle diversità culturali che influenzano le manifestazioni comportamentali e le esperienze individuali.

Sempre nella sezione *Focus* pubblichiamo il contributo *Competenze relazionali nell'era della sanità digitale* in cui Anna Zanatta esamina le abilità relazionali e comunicative dell'IA che dovrebbero includere chiarezza e semplicità comunicativa, personalizzazione dell'interazione, affidabilità, ascolto attivo e risposta rapida, empatia digitale, rispetto della privacy e collaborazione con professionisti umani. Viene sottolineato come attualmente non siamo ancora adeguatamente in grado di dare significato ai segnali non verbali dell'interlocutore e di interpretare accuratamente i messaggi impliciti che si celano sotto la forma verbale esplicita. L'uso dell'IA nella relazione psicologo-paziente solleva criticità legate all'affidabilità dei sistemi, alla protezione della privacy dei dati sensibili e alla difficoltà di replicare un'autentica empatia digitale, fondamentale per il benessere emotivo del paziente.

Nella sezione *Strumenti* Maura Anfossi, Marco Cavallo, Gemma Falco, Cristina Giordana, Arianna Piacenza e Andrea Pascale presentano l'articolo *La psicologia delle catastrofi: l'esperienza sul campo del Trauma Center Psicologico dell'A.O. 'Santa Croce e Carle' di Cuneo*. Il filo conduttore è dato dalla consapevolezza che la gestione dei servizi di psicologia dell'emergenza richiede ai servizi sanitari di affrontare i traumi da incidenti e catastrofi adeguando gli interventi multidisciplinari. Di fronte ai bisogni che emergono prepotenti nelle vittime di traumi, agli psicologi è richiesto qualcosa in più delle buone competenze professionali: la finalità ultima è aiutare la vittima non solo a gestire il dolore ma anche a trovare la strada per la ricerca di senso che inevitabilmente scaturisce da un'esperienza traumatica.

Segue l'articolo sul *Ruolo dello psicologo in équipe per la presa in carico del paziente affetto da Mieloma Multiplo* di Denise Fedele in cui l'autrice descrive il percorso di cura multidisciplinare per pazienti affetti da malattia rara. La diagnosi, il trattamento medico, le conseguenze psicologiche per il paziente e i familiari, e la presa in carico multidisciplinare segnano le tappe di questa complessa patologia che richiede un alto grado di cura polispecialistica. I nuovi strumenti offerti dalla telemedicina sono importanti anche per i caregiver, riducendo il burden emotivo e logistico-organizzativo (Bernocchi et al. 2008).

Inauguriamo da questo numero una sezione dedicata alla *Sessualità* con l'articolo di Marisa D'Arrigo dal titolo *La sessualità di coppia quando un figlio non arriva*.

Vivere pienamente la sessualità diventa progressivamente più complicato, poiché implica il confronto con l'incertezza, il dolore, la frustrazione e il potenziale di perdita o fallimento. Di conseguenza, essa può inaridirsi o essere vissuta compulsivamente come un consumo fine a se stesso, escludendo l'affettività e i sentimenti. Si osserva così il fenomeno noto come "Sex Recession", ossia una riduzione dell'attività sessuale, particolarmente nei suoi aspetti comunicativi, relazionali e progettuali, con un conseguente incremento dell'isolamento e del ritiro sociale.

Nella sezione *Società* in ricordo di Oliviero Toscani ripubblichiamo un'intervista a cura di Fabio Ferraro al fotografo recentemente scomparso. Apparsa nella rivista dell'AUPI *Psychologos* nei primi anni Novanta aveva come titolo *Elogio della differenza*: vi si rivisitano e si commentano le "provocazioni" degli scatti che mostrano la realtà che, a seconda dei punti di vista, cambia radicalmente interpretazione. La foto dei tre bambini che fanno la linguaccia è stata premiata in Gran Bretagna con l'International Advertising Award, mentre nei paesi arabi è stata censurata.

La sezione *Ricerche* tocca un tema attualissimo riguardante gravi fatti di cronaca relativi a quanto accade nei pronto soccorso degli ospedali. *Aggressioni e atti di violenza a danno del personale delle Aziende sanitarie* è una ricerca condotta da Gloria Massironi, Laura Grigoletti, Alessandra Giacomini, Fabrizio Varalta, Imelda Romano, Pietro Madera e Antonia Ballottin nel contesto del settore Sanità e Servizi Sociali presso l'Azienda ULSS 9 Scaligera, a partire dal 2023. Il percorso formativo, organizzato dal risk manager e dal servizio di prevenzione e protezione, ha coinvolto nove psicologi esperti nella gestione di gruppi e nella prevenzione dei rischi psicologici.

Nella sezione *Riflessioni* pubblichiamo, di Umberto Nizzoli, *Fare le pulci alla scienza. I bias della ricerca*, una ricerca su cosa è diventato oggi il mercato ricchissimo degli articoli scientifici. La realtà del sistema di pubblicazioni scientifiche è fortemente condizionata dalle dinamiche di mercato, dove la visibilità e la quantità di pubblicazioni spesso prevalgono sulla qualità. L'autore auspica, nonostante il business che ci sta dietro, che la maggior parte dei lavori scientifici sia condotta con rigore metodologico, in conformità con i codici etici che promuovono la trasparenza e l'integrità.

Per *LinkART*, Rosa De Rosa ci accompagna alla Biennale di Venezia con la mostra *Stranieri Ovunque*. Il brasiliano Adriano Pedrosa ha scelto di esplorare in profondità un tema cruciale del nostro presente: che cosa vuol dire la parola "straniero" nel mondo globale e iperconnesso di oggi. Non solo vediamo gli altri come "stranieri", ma sempre più ci sentiamo stranieri noi stessi. Il nodo è l'esigenza di far conoscere, attraverso testimonianze di nuovi destini, fughe da guerre, soprusi e povertà, il mondo reale, nel quale gli stessi artisti sono "stranieri", cui viene spesso opposto il rifiuto, per "differenze e disparità", cittadinanza, etnia, genere, religione, sessualità, ricchezza.

VITO TUMMINO

È morto Philip Zimbardo, uno dei più grandi psicologi della storia. I suoi lavori e le sue intuizioni hanno rivoluzionato il rapporto tra lo psicologo e la società: non solo il professionista o lo scienziato chiuso nel suo studio con i pazienti o ancorato alle sue ricerche, ma lo psicologo come studioso che critica e accusa il comportamento del potere quando è sopraffazione e manipolazione. La psicologia sociale può annoverare tra i suoi grandi chi ha dimostrato che non ci sono buoni e cattivi, ma esistono contesti sociali creati dal potere che inducono malessere, disadattamento e psicopatologia, al punto da indicare che la nostra società ha bisogno di eroi che combattano per il benessere umano. Grazie, Phil.



Philip Zimbardo con colleghe e colleghi dell'Associazione "Psicologi italiani nel mondo".

In memoria di Phil Zimbardo

Il 14 ottobre dell'anno 2024, la Psicologia ha subito una perdita incalcolabile con la scomparsa del professor Philip G. Zimbardo, morto nella sua casa di San Francisco, all'età di 91 anni.

Phil era lo psicologo contemporaneo più famoso per il suo lavoro scientifico e di divulgazione, un tratto che lo ha reso una figura insostituibile nella psicologia contemporanea. Il suo nome è legato indissolubilmente alla Psicologia: nel 1968 divenne professore nella facoltà della Stanford University, nel 1971 realizzò l'esperimento carcerario di Stanford che lo rese famoso nel mondo. Si ispirò alla teoria della deindividuazione di Gustave Le Bon, il quale sostiene che, all'interno di un gruppo coeso e chiuso, le persone tendono a perdere la propria identità individuale, il senso di responsabilità e la consapevolezza, favorendo così l'emergere di comportamenti antisociali.

Nell'esperimento, Zimbardo utilizzò studenti volontari, e assegnò loro in modo casuale il ruolo di guardie o di prigionieri. Le 'guardie' iniziarono a manifestare atteggiamenti sadici e violenti, mentre i 'prigionieri' divennero sempre più sottomessi, depressi e provati emotivamente. Lo studio evidenziò come il contesto e i ruoli sociali autoritari possano indurre comportamenti crudeli e disumani: esso viene citato ancora oggi come modello per analizzare l'influenza delle situazioni sul comportamento umano ed è spesso oggetto di discussione nelle conferenze di psicologia.

Zimbardo ha insegnato a generazioni di studenti a Stanford, in corsi indimenticabili come *Psicologia del controllo mentale* o *Introduzione alla psicologia*. Grazie a lui, migliaia di studenti hanno scoperto il fascino della disciplina psicologica; milioni di altri lo hanno conosciuto attraverso la serie TV *Understanding Psychology*, attraverso i suoi libri di testo, come il celebre *The Lucifer Effect: Understanding How Good People Turn Evil* (2007), o i suoi oltre 500 articoli e contributi scientifici.

La sua ricerca non si è fermata alla formulazione di teorie: Zimbardo ha creato progetti rivoluzionari come il programma *A Head Start-Black Pride* ad Harlem, la Clinica per la Timidezza di Stanford, la *Time-Perspective Network* e l'*Heroic Imagination Project* (HIP). Quest'ultimo rappresenta l'eredità più importante di Phil: un programma educativo per combattere fenomeni negativi come il bullismo, la prepotenza e promuovere l'"eroismo" quotidiano.

Come presidente dell'APA, nel 2002, ha incarnato il suo motto, "donare la psicologia". È stato un insegnante instancabile, un attivista appassionato e un testimone esperto in situazioni complesse, come il caso delle torture di Abu Ghraib. Nel suo impegno per la giustizia, non si è tirato indietro nemmeno di fronte alle polemiche, come quando ha contribuito al volume *The Dangerous Case of Donald Trump* (2019, 2024).

Phil era profondamente buono. Nato nel 1933 a New York nel Bronx da una famiglia siciliana povera, superò gravi malattie nell'infanzia e lo stigma sociale contro gli immigrati italiani per diventare un simbolo di successo. Era un mix unico delle migliori qualità americane e italiane: determinazione, creatività, empatia e ospitalità. Amava cucinare, ospitare amici e studenti, e condividere la sua passione per l'arte. La sua casa di San Francisco a Lombard Street, conosciuta come la strada più tortuosa del mondo, era un vero e proprio museo.

Uomo generoso, sempre pronto a rispondere a colleghi, studenti o semplici lettori, aveva la straordinaria capacità di connettersi con chiunque: era un oratore magnetico, il suo pubblico si radunava intorno a lui dopo ogni conferenza.

Ho avuto la fortuna di incontrare Phil per la prima volta nel 1992 in occasione della celebrazione del centenario di fondazione dell'*American Psychological Association* a Brussels e in seguito nel 2008 a Berlino al *XXXIX International Congress of Psychology -Union of Psychological Science* (IUPSy'S) dove ha presentato il suo ultimo libro *Effetto Lucifero, cattivi si diventa?*

Questo incontro segnò l'inizio di un'amicizia indimenticabile. Nel 2015 invitammo Zimbardo a Milano al XIV Congresso dell'*European Federation of Psychologists' Associations*: fece una conferenza sull'Eroismo contemporaneo e sulla

psicoterapia *Time-Perspective Network*. Nello stesso periodo uscì negli Stati Uniti il film *Effetto Lucifero*, con protagonista lo stesso Zimbardo, con la ricostruzione dell'esperimento di Stanford.

Durante la Pandemia Covid, nel settembre 2020, ho avuto uno scambio di mail con Phil per la costruzione di uno strumento-questionario il cui obiettivo era favorire le conoscenze sugli effetti psicologici delle restrizioni subite (isolamento, distanziamento), del senso di insicurezza, di eventuali lutti e sui fattori di rischio. Il questionario si è dimostrato utile per l'autovalutazione dell'intensità dello stato di disagio percepito, e del proprio grado di rischio psicologico. Phil mi ha dato preziosi consigli sulla stesura degli item del questionario e ha accettato di presiedere il Comitato Scientifico del "Questionario PsychoCovid 19".

La scomparsa di Phil rappresenta la fine di un'epoca per la psicologia.

Phil Zimbardo e la sua generazione – quella di Stanley Milgram, Albert Bandura, Solomon Asch e Muzafer Sherif – hanno trasformato la disciplina, portandola fuori dai laboratori e rendendola uno strumento efficace per affrontare le grandi questioni sociali della nostra epoca. Oggi, più che mai, il loro lavoro resta una guida per comprendere il comportamento umano e promuovere una società più giusta.

Phil Zimbardo mancherà a tutti noi, colleghi, studenti e semplici curiosi della Psicologia, ma credo fermamente che il suo esempio continuerà a ispirare le future generazioni di psicologi e alimenterà la fiducia nel potere della psicologia di migliorare il mondo.

VITO TUMMINO



link
— focus



ILLUSTRAZIONE ANDREA ROSSO

Il concetto di personalità e l'evoluzione degli studi psicologici: quale classificazione nosografica

The concept of personality and the evolution of psychological studies: which nosographic classification

PAOLO DI BIAGIO*

PAROLE CHIAVE: Personalità, psicopatologia, ambiente, tratto

“La personalità umana è forse il sistema più complesso tra tutti i complessi sistemi che si trovano sulla terra”. Questa citazione, tratta da “La separazione dalla madre”, di John Bowlby (1975), nella sua semplicità, sembra essere la più adatta per introdurre la trattazione che segue

Essendo estremamente complesso il fenomeno “personalità”, diventa difficile se non impossibile arrivare a darne una definizione univoca, anche perché essa viene ad essere cercata da pensatori, psicologi o filosofi, che a loro volta avranno una loro personalità, e quindi saranno condizionati dalla loro soggettiva visione di se stessi e del mondo: ragione per cui uno psicologo che volesse diventare psicoterapeuta non potrà non chiarire bene quali dinamiche siano attive nel suo complesso mondo interiore, al fine di riuscire a trascendere la sua soggettività per accettare l’oggettiva possibilità dell’altro – il paziente – di esprimere la sua soggettività: in altre parole, lo psicoterapeuta deve sospendere il giudizio, trascendere le sue inclinazioni, le sue convinzioni politiche, le sue visioni spirituali o l’assenza di esse, deve sgombrare la sua visione del mondo da ogni influenza di un possibile relativismo culturale per dare spazio nella relazione terapeutica solo all’unicità della persona che si è rivolta a lui per essere aiutata a comprendersi.

L’impossibilità di una definizione univoca ci viene dal constatare che un solo psicologo, Allport, arrivò a formulare quasi cinquanta definizioni diverse della personalità nel suo saggio del 1937, e questa moltitudine di definizioni era data dalla possibilità di analizzare il fenomeno da angolazioni e prospettive differenti – biosociale, biofisica, contestuale, integrativa...- per arrivare ad una concezione individualistica della personalità, la “personalità unica” che di fatto lasciò insoddisfatti molti clinici del suo tempo. Hall e Lindzey, nel 1957, concludevano che:

“la personalità è definita dai particolari concetti empirici che costruiscono la teoria seguita dallo studioso. In termini concreti, la personalità consiste in un insieme di valori e termini descrittivi usati per rappresentare l’individuo, esaminato in base a quelle variabili o dimensioni che occupano una posizione centrale nella particolare teoria seguita” (Hall e Lindzey 1957).

Il che rimanda anche alla variabile “teoria”, ovvero alla tendenza di chi si occupa dello studio della psicologia, di contestualizzare l’oggetto della sua osservazione in quella che si presenta essere come la sintesi delle conoscenze sulla natura umana, in un determinato momento o epoca della vita di una cultura, e di definirlo sulla base dei parametri che l’attualità culturale propone. Già questa conclusione ci mostra quanto il contesto culturale possa portare lo studioso ad avere una concezione della personalità definita in una teoria che è volubile, così come le culture sono volubili alla dinamica che le modifica nel tempo, a seguito delle scoperte scientifiche, e delle evoluzioni – o involuzioni – politiche e sociali. Accade allora che anche le differenti culture avranno una visione propria, soggettiva, di quello che è il fenomeno definito nel concetto di “persona”.

Allo stato attuale dello sviluppo scientifico, la tendenza è quella di perpetuare il confronto fra:

- (1) l’unicità dell’individuo, unicità che si può considerare una certezza, e
- (2) l’indagine teoretica e clinica che vuole catalogare in modo sempre più puntuale il complesso sistema della personalità, per arrivare ad averne una conoscenza oggettiva.

I due termini del dilemma sono facilmente spiegabili. Il primo, l’unicità, ci viene dall’applicazione delle teorie sistemiche alla biologia, che sembra aver dato una conferma scientifica alle ipotesi di Allport e seguaci.

Nel lavoro di G. Bateson troviamo un’interpretazione innovativa e ancora attualissima di come il fenomeno dell’entropia caratterizzi l’intera biosfera. Un grado cospicuo di mescolanza, disordine, casualità e anche di indifferenziazione sussiste nelle relazioni fra le componenti di un qualunque aggregato, sia esso relativo alla fisica che alla biologia. La sua antitesi viene definita entropia negativa, e fa sì che il livello di indifferenziazione resti confinato entro un limite per cui il continuo disordine prodotto dall’entropia non sfoci in un’alterazione dei fenotipi, così che gli esseri viventi tendano ad apparire tutti uguali, pur essendo tutti essenzialmente diversi. Per semplificare, potremmo dire che tutti i topi sembrano uguali, se non per le dimensioni soggette ad una variazione in buona parte legata allo stadio evolutivo, ma di fatto ognuno ha un suo corredo genetico, unico, e trasmissibile solo in parte alla sua discendenza biologica. Questo vale per tutti gli esseri viventi, e lì dove le differenze sono evidenti – si pensi alla differenza nel disegno della pigmentazione sul manto di un equino, o di un bovino – riconosciamo la tendenza dell’evoluzione a produrre differenze, restando nell’ambito di un fenotipo definito, ovvero quello che determina la struttura fisica e biologica di un cavallo o di una mucca; in questo secondo caso, ovvero ai mammiferi bovini ed equini, come in altre specie, è l’ambiente influenzato dalla mente umana a contribuire affinché l’entropia negativa risulti sempre più incisiva ed evidente, ed è allora opportuno parlare di fenocopie più che di fenotipi: l’epigenetica ci dà ampie conferme a riguardo.

Quindi, nel costante confronto con l’ambiente, ciò che l’entropia produce si seleziona per adattarsi all’ambiente. Il risultato di questo adattamento, il genotipo, viene trasmesso alla prole, insieme alla stessa capacità adattativa, che si risolverà in organismi reali, dotati di proposizioni descrivibili, di prerogative simili che possono dare il senso dell’indifferenziato, o di rendere meno percepibile la differenza.

Questa dinamica, applicata all’essere umano, spiegherebbe perché, pur essendo tutti biologicamente e geneticamente umani – siamo tutti dotati di organi di senso, di un sistema nervoso centrale, di una stazione eretta, di un linguaggio verbale, di un pensiero, di arti prensili capaci di manipolare materiali duttili e malleabili... – siamo di fatto tutti assolutamente diversi, per il patrimonio genetico, le potenzialità, come per l’aspetto esteriore: il cervello di chi scrive non è certo paragonabile a quello di Mozart, e la sua velocità non ha niente a che vedere con quella di un centometrista afroamericano. Vi possono essere individui umani molto somiglianti, tanto che parliamo di “sosia” mutuando il termine da un’invenzione teatrale. Di fatto, i veri sosia non esistono: infatti ognuno di noi ha il suo corredo genetico, unico e irriproducibile (sorgoliamo sulle questioni inerenti

Nel lavoro di G. Bateson troviamo un’interpretazione innovativa e ancora attualissima di come il fenomeno dell’entropia caratterizzi l’intera biosfera. Un grado cospicuo di mescolanza, disordine, casualità e anche di indifferenziazione sussiste nelle relazioni fra le componenti di un qualunque aggregato, sia esso relativo alla fisica che alla biologia

Come ognuno di noi ha il suo viso, la sua fisiognomica che lo rende riconoscibile dagli altri, unico, identificabile dalla foto sul passaporto, così ognuno ha la sua personalità unica, univoca; anche volendo considerare primaria la componente genetica, non è detto che la personalità sia riproducibile con la clonazione, come lo sarebbe l'organismo biologico

la clonazione). I soli sosia effettivi, come sappiamo, sono i gemelli monozigoti, sulla cui peculiarità personologica è necessario si continuino a dedicare studi monografici.

Quanto appena detto potrebbe essere applicato al fenomeno della personalità: così come ognuno di noi ha il suo viso, la sua fisiognomica che lo rende riconoscibile dagli altri, unico, identificabile dalla foto sul passaporto, così ognuno ha la sua personalità unica, univoca; anche volendo considerare primaria la componente genetica, non è detto che la personalità sia riproducibile con la clonazione, come lo sarebbe l'organismo biologico. Anche per l'organismo biologico l'influenza dell'ambiente è determinante ai fini del suo sviluppo ontogenetico; per quanto la scientificità del pensiero psichiatrico – più che psicopatologico – tenda a minimizzarlo, la personalità si struttura e si definisce sulla base di ciò che riesce ad imparare dall'ambiente al quale deve adattarsi, e che altre personalità prima di lui hanno connotato e condizionato, condizionandola e anche connotandola a partire dalle prime cure genitoriali, fino al contesto sociale nel quale sarà immersa; tali condizionamenti e connotazioni, inoltre, come ci conferma l'epigenetica, modificano la struttura biologica dell'individuo finanche nella produzione dei suoi gameti, trasmettendoli alla discendenza.

Da qui, allora, l'attualità di una parte delle teorie di Allport. Il secondo termine del dilemma su citato, allora, come si spiega? Come mai la branca della psicologia che si occupa dei fenotipi psicologici male adattati all'ambiente, per condotte inadeguate, conflittuali, o per stati interiori che non consentono comunque una buona relazione con il mondo esterno, la psicopatologia, ha continuato a ricercare e classificare le prerogative delle personalità patologiche, tendendo a standardizzarne sempre di più le modalità disfunzionali, finalizzate a definire modelli standardizzati di personalità patologica?

La risposta appare spontanea: approfondire la conoscenza della psicopatologia serve a conoscere meglio il fenomeno che si vuole arrivare a modificare, ovvero aiutare la persona a rivalutare l'entropia negativa del suo sistema interiore tramite il quale entra in relazione con il mondo esterno, renderla più in grado di gestire il suo stato emozionale e affettivo, ed iniziare ad essere in relazione con l'ambiente e con se stessi in modo armonico, se non armonioso: in due parole, l'approfondimento diagnostico servirebbe a facilitare il processo terapeutico. Il presupposto etico e deontologico è ineccepibile.

L'ingente lavoro della psichiatria, della psicologia, e della psicopatologia sembra infatti non deviare da questa direzione: dare una classificazione tassonomica alle differenze fra i modi di essere della personalità, per arrivare a neutralizzarne il quanto più possibile l'ampiezza, e giungere ad individuarne nel modo più calibrato possibile la singolarità, per dedicarle una cura altrettanto specifica e mirata. Dalla prima edizione del DSM, per arrivare alla quinta - o meglio al "cinque"- nell'arco cioè di mezzo secolo, le classificazioni psicopatologiche sono costantemente aumentate, si sono definite in modo nuove patologie già presenti, altri comportamenti sono stati considerati patologici, altri non sono stati più considerati tali.

Anche concentrandoci sui disturbi di personalità, evitando le riflessioni sulle patologie relative al pensiero e all'identità, possiamo osservare un modificarsi della loro valutazione, un ripensare alla loro pertinenza, e alla loro sussistenza. Come mai questi cambiamenti? E' ancora l'epigenetica a dirci che, se pur il DNA umano rimane stabile, almeno in un lasso di tempo quantificabile in epoche e non in ere geologiche, la sua natura si modifica, e così i suoi comportamenti. Così, anche l'adeguatezza delle sue modalità di funzionamento in rapporto con il mondo esterno cambiano, come cambia la visione che ognuno può avere di se stesso. Il tentativo della scienza medica, e psichiatrica, cerca di arrivare ad una visione univoca della patologia psichica e psicologica, partendo dal presupposto che il genoma umano sia stabile e definito. Di fatto, le persone soffrono in modo differente, di sofferenze psichiche simili ma comunque differenziabili, in epoche diverse.

La scienza si trova a mettere in discussione se stessa, rivalutando la capacità dei vari fenotipi psicologici di adattarsi ad un ambiente mutevole e ad un contesto socio culturale che è sempre in divenire. Accade allora che, a seconda di come evolve il contesto ambientale e socioculturale, alcune patologie vengono a risolversi, o semplicemente a non essere più considerate tali, mentre altre emergono, come conseguenza di una difficoltà di adattamento al contesto.

Il primo caso, quello cioè di un contesto che evolvendo estingue un fattore patogeno responsabile di una risposta patologica da parte della persona, è ben esemplificato dalla nota estinzione dell'isteria in quanto patologia endemica ad altissima incidenza, fino ad un secolo fa. Agli esordi della psicoanalisi, Freud e gli psichiatri che concorsero con lui nell'affermazione della cura psicoanalitica partirono proprio dallo studio di questa psicopatologia. Essendone in una percentuale altissima afflitte le donne, si poté constatare che l'iniziare a parlare in termini scientifici di sessualità, come appunto fece Freud, e iniziando a sfatare il tabù che reprimeva l'espressione della sessualità, soprattutto di quella femminile, si ebbe l'effetto di portare tale disturbo ad un drastico ridimensionamento: oggi i casi come quelli diffusissimi nell'epoca vittoriana, di isteriche con sintomi evidenti e persistenti, sono ridotti ad una cifra epidemiologicamente irrisoria, per lo meno nella cultura occidentale, dove la sessualità femminile non ha più le restrizioni che sussistevano fino ad alcuni decenni fa.

Come esemplificativo del secondo caso, ovvero le difficoltà di adattamento al contesto, oggi assistiamo ad un proliferare preoccupante dei disturbi alimentari, conseguenti alla necessità di apparire con un corpo magro. Il contesto ambientale e culturale è da alcuni decenni condizionato da un proliferare di immagini. Come ci insegnano la sociologia, l'iconologia e la scienza delle immagini, quella contemporanea è l'era dell'immagine; già da decenni l'immagine proliferava attraverso il medium della televisione e nelle pubblicizzazioni di tutti i tipi, diffusa capillarmente attraverso le riviste; oggi più che mai, con l'avvento della tecnologia digitale, tutta l'esistenza umana è sottoposta ad un continuo confronto visivo con se stessa e con gli altri. La relazione passa attraverso una trasmissione di immagini. L'apparire è sempre stato un fattore essenziale nella relazione interpersonale, dal sapiens sapiens in poi. Oggi però si ha la possibilità di percepire l'immagine dell'altro anche se non fisicamente presente, ingigantito da un maxi schermo, e ancora di più, date la possibilità che si ha di rendere visibile la nostra immagine all'altro, anche in nostra assenza: la tecnologia ha fornito alla persona la possibilità di affermare la sua unicità attraverso la diffusione della sua immagine su una piattaforma planetaria, facendo sì che l'immagine di se stessi diventi facilmente un'ossessione: il proliferare di patologie relative ai disturbi alimentari non è oggi pari a un secolo fa. Questa non vuole essere un'affermazione apocalittica. L'esempio vuole illustrare il fenomeno di un mutamento sociale che porta la percezione del proprio corpo, in questa epoca – piuttosto che in altre forme – ad essere la patologia più esprimibile in una forma sintomatologica – come le eteroclitiche disfunzioni somatiche delle isteriche di un secolo fa.

Oltre a forme di disturbo differenti, si devono anche notare interpretazioni differenti di comportamenti che sono sempre stati presenti nella natura umana, ma considerati un tempo adatti ad un contesto storico e culturale, e risultando invece inadeguati in altre epoche o momenti storici.

È il caso eclatante dell'omosessualità. In epoche passate, più che una patologia, era considerata un crimine, tanto che in molti codici penali erano previste pene severe per gli omosessuali. Passò poi ad essere vista come una malattia, e non più soltanto un peccato o un reato. Infine, ha cessato di essere una patologia quando si è iniziata ad accettare la variabilità dell'orientamento sessuale, e quindi il suo essere non necessariamente rivolto all'etero. Nel 1973 il DSM, alla sua terza edizione, cancella l'omosessualità dalle patologie della sessualità. Il confronto in merito alla cancellazione o meno di tale orientamento sessuale fu addirittura oggetto di acceso dibattito fra i numerosi componenti dell'American Psychiatric Association, con antagonismi fra chi era per la sua cancellazione e chi per il mantenimento della diagnosi nel manuale, tanto che si dovette arrivare ad una votazione: certo non un modo "scientifico" di giungere ad una definizione di un fenomeno mentale.

Oggi assistiamo ad un proliferare preoccupante dei disturbi alimentari, conseguenti alla necessità di apparire con un corpo magro. Il contesto ambientale e culturale è da alcuni decenni condizionato da un proliferare di immagini. Come ci insegnano la sociologia, l'iconologia e la scienza delle immagini, quella contemporanea è l'era dell'immagine

La “persona”, vive e si relaziona con un mondo che è altro da sé, che percepisce come esterno a sé, ed è condizionata dall’interazione fra una moltitudine di persone, un’interazione che genera a sua volta una entropia negativa necessaria per dare un ordine alle dinamiche altrimenti caotiche intercorrenti nell’infinito mescolarsi di esperienze individuali, di entropie negative personali

In questo senso, un passo in avanti è stato compiuto passando da una valutazione categoriale della psicopatologia ad una visione dimensionale del fenomeno inerente la personalità.

Le varie edizioni del DSM si sono succedute attraverso decenni di grandi cambiamenti sociali e culturali, arrivando fino alla globalizzazione delle culture attuata con la rivoluzione dell’informatica; si è passati così da una visione scientifica che voleva definire un modo giusto o sbagliato di essere della personalità, ad un’altra, meno positivista e più aperta ad una visione probabilistica e culturalmente neutrale, dove esistono dei modi di essere più o meno equilibrati nel rapportarsi con il mondo esterno.

Anche considerando la variabile biologica come prioritaria rispetto all’affermazione di una diatesi che potrebbe portare ad un dato disturbo di personalità, la patologia risulta insussistente se non intervengono fattori esperienziali ad enfatizzare la valenza dei tratti, facendo incrementare le loro dimensioni fino alla disfunzionalità stessa della personalità. Scrive J. Paris:

“La variabilità biologica sarebbe il fattore che determina quale tipo di disturbo potrebbe svilupparsi in ogni individuo, mentre fattori psicologici e sociali determinerebbero la soglia oltre la quale questi tratti di personalità divengono disadattivi” (1997).

Tale visione ci avvicina al fulcro del problema. Ciò che stiamo trattando si basa su un paradosso: l’essere umano, colui che è dotato di una mente pensante, vive una sua soggettività ineluttabile, da una prospettiva individualistica la si potrebbe considerare anche monadica, ma esistente in funzione di una realtà esterna che tende ad essere oggettiva, nella misura in cui raccoglie la moltitudine di soggettività dei singoli individui umani che formano il contesto relazionale, la collettività, e che va a costituire una dimensione oggettivamente “altra” dal singolo componente, dal soggetto. Il soggetto, l’individuo, ma diciamo meglio la “persona”, vive e si relaziona con un mondo che è altro da sé, che percepisce come esterno a sé, ed è condizionata dall’interazione fra una moltitudine di persone, un’interazione che genera a sua volta una entropia negativa necessaria per dare un ordine alle dinamiche altrimenti caotiche intercorrenti nell’infinito mescolarsi di esperienze individuali, di entropie negative personali.

Stiamo parlando della variabile culturale; la variabile che fa apparire l’omosessualità una malattia, ma poi, con il suo variare, la rende solo un possibile orientamento sessuale. Succede, in altre parole, che quel tutto che è più della sommatoria delle sue singole parti, più che generare un ordine, tende a dare un equilibrio alla dinamica relazionale all’interno della sommatoria, un equilibrio instabile, data l’instabilità del fenomeno sociale come di quello individuale, della singola persona, della personalità. Succede allora che i fenotipi psicologici vengono ad essere omologati ad un prototipo – una fenocopia - che tende a condizionarli affinché il loro essere fenomenico si mantenga all’interno di un certo spettro valoriale, sia plasmato da forme apprese di comportamento razionale, che sfociano anche nell’affettivo ed emotivo, e che a loro volta contribuiranno a tenere attiva le dinamiche della variabile culturale.

Quello che proviamo ora a descrivere è una prospettiva inversa a quella appena citata. La psicopatologia sembra partire dal presupposto che la personalità, seguendo uno sviluppo ontogenetico simile all’organismo biologico, a causa di diversi fattori eziologici, devii dalla linea di un corretto sviluppo, divenendo disfunzionale ai bisogni emozionali e relazionali della persona. Quello che ci dice l’osservazione dello sviluppo psicologico sembra essere invece il contrario: la personalità non si avvale di una risorsa unicamente biologica per arrivare a realizzarsi, non segue la dinamica dell’organismo in crescita, ma è una potenzialità che non potrà risolversi in una realizzazione, se non attraverso il supporto relazionale che la “persona” può ricevere sin dai primissimi momenti della sua esistenza, quando non è ancora, di fatto, possibile parlare di persona, come anche di personalità. In altre parole, se esiste un organismo umano neonato, dotato di un corredo genetico con potenzialità ottimali, questo

crescerà e si svilupperà nel migliore dei modi se sarà ben nutrito e gli verrà data l'opportunità per muoversi e far funzionare al meglio il suo metabolismo; questo non può dirsi per la personalità, dato che non si può parlare di una personalità "neonata"; la psicopatologia parte da una visione nosologica che considera "malato" l'organo o l'organismo sano una volta che ha contratto una malattia, ma la personalità non si ammala, semplicemente non evolve come dovrebbe. Si tende cioè a voler considerare la personalità come un sistema di per sé funzionale e adattivo, ma che si corrompe a causa di uno sviluppo sbagliato, o anche per un'insufficienza genetica nella risorsa neurologica del sistema nervoso centrale che la ospiterebbe: si parte dal "sano" per andare verso il "malato". Pensiamo che sia più corrispondente al dato di realtà il contrario. Dovremmo cioè valutare il fenomeno partendo dal "patologico" - malato, da intendersi come conseguenza della carenza di cure adeguate - per andare verso il "funzionale" - "sano", da intendersi come ottimizzazione delle cure ricevute.

L'organismo biologico inizia a sussistere come entità definita fin dal concepimento, nella completezza o nella carenza delle sue risorse date geneticamente. Il neonato diviene un fenomeno chiaro, definito sia sul piano biologico che ontologico, ma la personalità? Quando il nostro "esserci nel mondo" diviene una realtà da noi stessi esperita, oltre che vissuta, e riconosciuta anche dagli altri? Gli ultimi decenni di studi osservazionali e longitudinali, hanno acclarato la concomitanza di fattori biologici, psicologici e sociali che concorrono affinché una personalità arrivi ad essere funzionale o meno alla realtà nella quale sarà immersa.

Per chiarire meglio quanto sopra: la neurobiologia attribuisce oggi una coincidenza che si approssima alla costanza per quanto riguarda il disturbo borderline e antisociale di personalità, individuando delle carenze nell'estensione dell'area cortico-frontale, arrivando ad affermare un'etiologia puramente organica dei disturbi di personalità del cluster B. Tenendo in considerazione la necessaria sussistenza di una cura neonatale, per tutta l'infanzia e buona parte dell'adolescenza, potremmo dire che, pur sussistendo una tendenza neurobiologica all'impulsività e alla difficile gestione delle emozioni, se sussisterà una buona cura e una buona esperienza di relazione con il mondo esterno, tale tendenza neurologica non degenererà in un disturbo, magari anche connotato da elevata gravità. Qualcosa di simile si potrebbe ipotizzare allora anche per la depressione piuttosto che l'ossessività... Aggiungiamo che un neonato fornito di un sistema neurologico che non lo porterebbe ad adattarsi ad un dato contesto sociale e relazionale, potrà avere comunque più possibilità di adeguarsi se avrà le cure psicologiche necessarie.

Secondo la visione dimensionale dei disturbi di personalità, prima citata, non si parla più di specifiche caratteristiche patologiche, ma di modalità di funzionamento della personalità, di tratti del comportamento che nel DSM-5 sono stati definiti e raggruppati in "domini", ovvero specifici modi di essere della persona in relazione con il mondo esterno e più o meno in contatto con il suo mondo interno. Già C. G. Jung aveva dato una descrizione della personalità in questi termini, quando nel 1921 pubblica "I tipi psicologici", descrivendo la personalità come connotata dalla predominanza dell'introversione piuttosto che dell'estroversione, e fra questi due opposti, introversione-estroversione, collocava le declinazioni del tipo introverso, riflessivo, intuitivo e percettivo - un totale di otto tipologie, poi definite da un'infinità di sfaccettature, determinate dal complesso familiare, dall'unicità dell'esperienza nonché dalla partecipazione ad una complessità universale che renderebbe ogni personalità unica, protesa verso un'individuazione di se stessa che l'analisi doveva aiutare a raggiungere. Gli studi sulla personalità e sui suoi tratti si sono moltiplicati nei decenni, mantenendo sostanzialmente la distinzione fra introversione e estroversione, e sempre nell'antagonismo fra chi dava predominanza all'apprendimento sociale (Bandura 1977) per la sua genesi e formazione, e i sostenitori di una visione neurofisiologica, come Eysenck (1991), che ha proposto un'analisi fattoriale, individuandone tre fondamentali: estroversione, nevroticismo, con riferimento a stabilità emozionale, e psicoticismo, da intendersi come la capacità di coinvolgimento nelle relazioni interpersonali.

Per tutta l'infanzia e buona parte dell'adolescenza, pur sussistendo una tendenza neurobiologica all'impulsività e alla difficile gestione delle emozioni, se sussisterà una buona cura e una buona esperienza di relazione con il mondo esterno, tale tendenza neurologica non degenererà in un disturbo, magari anche connotato da elevata gravità

La personalità, come potenzialità, si definisce insieme all'embrione, ma si attualizza e si definisce solo a seguito delle cure psicologiche adeguate e in un contesto relazionale sufficientemente recettivo ai suoi bisogni. Se di fatto non sussistono cure psicologiche, e se la personalità potenziale non sarà accolta da un ambiente favorevole al suo sviluppo, quale sarà la sua evoluzione?

Il modello dimensionale che è stato maggiormente seguito è quello a cinque fattori (Costa, McCrae 1988, Wiggins, Pincus 1989, Costa Widiger 1994), individuati in 1) nevroticismo 2) estroversione 3) gradevolezza "calore emotivo" 4) coscienziosità 5) apertura all'esperienza. Il punto fondamentale, comunque, resta il fatto che tali tratti, o domini, o più semplicemente modi di essere che riconosciamo in noi stessi e negli altri, sarebbero presenti in misura maggiore o minore in ogni persona, rendendola una personalità più o meno aperta nelle relazioni, più o meno portata ad esprimere i propri sentimenti, più o meno sensibile a quello che accade attorno a lei, e più o meno curiosa nei confronti dell'esistere; si vede bene che il "più o meno" costituisce il baricentro per l'equilibrio di una personalità, che sarà adattiva e funzionale quanto più sarà stabile sul suo baricentro, ovvero quanto più i suoi tratti predominanti non si irrigidiranno assumendo dimensioni eccessive, fino ad essere invalidanti. I tratti e i disturbi sarebbero allora in una relazione di continuità: il disturbo sopraggiunge quando i tratti che caratterizzano la personalità superano un certo limite, divenendo disfunzionali e disadattivi (Livesley, 1987; Livesley, Jackson 1992).

Di fatto, sono allora le cure psicologiche, la recettività di un dato ambiente sociale e le peculiarità di un dato clima culturale a far sì che una personalità emerga, e forse potremmo anche dire "nasca", per poi realizzarsi in modo più o meno completo. Potremmo allora dire che la personalità, come potenzialità, si definisce insieme all'embrione, ma si attualizza e si definisce solo a seguito delle cure psicologiche adeguate e in un contesto relazionale sufficientemente recettivo ai suoi bisogni. Se di fatto non sussistono cure psicologiche, e se la personalità potenziale non sarà accolta da un ambiente favorevole al suo sviluppo, quale sarà la sua evoluzione? Potremmo parlare di personalità se un individuo umano nascesse in isolamento, accudito in modo asettico, alimentato e curato fisicamente, ma non accudito nel suo bisogno affettivo e di relazione? Sappiamo bene che le personalità più disturbate spesso hanno alle spalle esperienze neonatali altamente deprivate di quelle cure specie-specifiche che gli studi di Bowlby, Ainsworth, e tanti altri psicologi dell'età evolutiva hanno condotto in decenni di ricerca, ricerche corredate da osservazioni comparate con studi etologici su altre specie animali, producendo una letteratura ampia ed esaustiva a riguardo.

La complessità della cura psicologica e la necessità di un ambiente recettivo ai bisogni del neonato sono state ampiamente documentate dal lavoro di M. Klein e dal seguente sviluppo del suo pensiero, fino a Bion. Quello che si vuole affermare è la difficoltà di definizione del concetto di personalità in quei casi in cui i bisogni relazionali e psicologici non sono stati sufficientemente ricevuti.

Abbiamo affermato che la psicopatologia presupporrebbe un ipotetico o sottinteso concetto di salute mentale, sempre però mutevole ed esposto a revisione, e definirebbe gli scostamenti da tale modello ipotetico come il disagio di una patologia della personalità. Forse, ribadiamo, dovremmo partire da una congenita insufficienza della mente a svilupparsi autonomamente e concretamente, senza ricevere le cure psicologiche necessarie dall'esterno; forse dovremmo attenerci ad un'osservazione puntuale di quella che è una assenza naturale di personalità alla nascita - ribadiamo ancora: se non in potenza - .

Prendiamo in considerazione le definizioni diagnostiche individuate dalla psicopatologia contemporanea per definire i disturbi di personalità, e confrontiamole con quelle che sono le prerogative dell'essere umano "neonato": potremo vedere che nel neonato i tratti individuati tendono a sussistere, tutti e in modo più o meno evidente, a seconda delle fasi dello sviluppo neonatale, e sussistono non solo in forma di tratti, ma sempre in modalità estrema, ovvero dominando in modo assoluto la realtà psicologica, e sbilanciato rispetto a quella che dovrà essere la capacità di autonomia, controllo e padronanza di sé rappresentata dall'adulto potenziale verso il quale protende il suo sviluppo evolutivo.

Per meglio esemplificare quanto appena affermato, prendiamo la classificazione dei disturbi di personalità a tutt'oggi presenti nel DSM-5, ovvero la tripartizione

dei tre cluster, che oltretutto è comparabile alle tre dimensioni prima citate di Eysenck e dallo stesso autore ritenute in buona parte corrispondenti ai cluster di quello che era considerato l'asse II dei disturbi mentali fino DSM IV. Si potrà notare che i tratti sono tutti estremizzati nel neonato, e che il processo ontogenetico consisterà nel ridimensionamento dei vari tratti.

Le reazioni emozionali e affettive del neonato sono assolutamente estreme, e su di esse il neonato non ha alcuna capacità di controllo, dato che non ha neanche la minima consapevolezza della sua possibilità di esercitare un controllo su di esse: se non lo si aiuterà a conoscerle e a controllarle autonomamente, se non gli si offrirà quel "contenitore" con il quale attuare una relazione in grado di arrivare a riconoscersi capace di darsi da sé quel contenimento e anche quella gratificazione che il contenitore (adulto caregiver) gli offre in quelle prime fasi della sua esistenza, se quelle reazioni emozionali e affettive ancora del tutto irrazionali non verranno ad essere elaborate ed integrate in modo da essere gestite dal neonato divenuto gradualmente adulto, esse non resteranno espressioni di "tratti" del comportamento, ovvero di modalità irruenti e tendenzialmente impulsive di relazionarsi con l'esterno, ma sfoceranno in quel disturbo oggi conosciuto e definito come disturbo borderline di personalità.

Il bambino nei primi anni di vita ha continui e fisiologici sbalzi di umore, incorre in parossismi emotivi inquietanti: non sussistendo la capacità cognitiva per riconoscere e accettare la necessità di attendere per la soddisfazione del suo bisogno, la sua mancata cognizione della dimensione temporale lo porta ad richiedere con immediatezza la gratificazione che avverte come vitale, e la sua reazione non può neanche essere definita come una perdita del controllo emozionale che lo porta ad essere distruttivo. Sotto la protezione dell'adulto, venendo sostenuto con la relazione di cura e aiutato nell'acquisizione di un progressivo controllo, il bambino inizia ad entrare in possesso dell'ambiente circostante, inizia ad investire il mondo esterno con le proiezioni che la sua psiche inizia a produrre in modo sempre più evidente, e inizia a riconoscersi in un "io" che sarà il centro del suo mondo.

Prima di essere patologico, il narcisismo è primario, un momento della fase evolutiva individuato da Freud e studiato da più di un secolo, nelle sue forme usuali, contenute, che sono anche apparse a molti psicopatologi come naturali ed ineluttabili, tanto che si sono avute contrastanti posizioni rispetto a lasciare o meno il disturbo narcisistico di personalità nell'ultima edizione del DSM. Kohut ha definito a tale proposito il concetto di "narcisismo sano", individuando una fase istrionica narcisistica del bambino da attraversare in quanto necessaria per lo sviluppo del Sé, per l'incremento dell'autostima e per dare struttura all'io, ben espresso nel "guarda mamma!" del bambino che cerca l'approvazione del genitore per le sue prime iniziative autonome. Il bambino deve imparare a distinguere il suo io dal suo "mio"; il narcisismo primario si manifesta nell'incapacità di gestire la sua emotività e la sua affettività quando non vengono soddisfatti nell'immediatezza i suoi bisogni, e quando non trova una disponibilità diretta nell' avere le soddisfazioni che cerca, o le attenzioni, spesso egocentriche, che reclama dai genitori (o caregivers).

Possiamo anche riflettere sulla tendenza del bambino, evolvendo nella fase prescolare, fino alla prima scolarizzazione, a mostrare tratti che non sarebbero accettabili nell'età adulta: la tendenza ad agire unicamente per il suo vantaggio, non riuscendo ad avere empatia per l'altro, con la tendenza quasi automatica a distorcere la realtà per appagare i suoi desideri - nella favola di Pinocchio si racconta di questa tendenza alla bugia - sembrerebbe quasi una fisiologica tendenza nel bambino a voler modificare la realtà; o spesso anche ad impossessarsi di un oggetto non suo, senza preoccuparsi delle conseguenze ma solo di non essere notato in un comportamento che già avverte essere come inappropriato; la capacità di azione fisica può portarlo anche ad agire aggressivamente. E' abbastanza comune che dei bambini possano avere dei litigi aspri e degli scontri fisici fra di loro, anche se poi la maggioranza imparerà a controllare la propria reattività crescendo. Potremmo forse, sintetizzando, affermare che il bambino, dalla nascita fino allo sviluppo del Super-io - o più pertinentemente all'età contemporanea, dell'Ideale dell'Io - resti in una fase indefinita dello sviluppo

Il bambino, sotto la protezione dell'adulto e venendo sostenuto con la relazione di cura e aiutato nell'acquisizione di un progressivo controllo, inizia ad entrare in possesso dell'ambiente circostante, a investire il mondo esterno con le proiezioni che la sua psiche inizia a produrre in modo sempre più evidente, e inizia a riconoscersi in un "io" che sarà il centro del suo mondo

Per quanto ci possiamo spingere indietro con la memoria biografica, possiamo arrivare ad avere ricordi molto frammentari, e spesso anche di dubbia corrispondenza a quanto realmente avvenuto, ma sono sempre ricordi nei quali l'io individuale, di cui abbiamo coscienza, era presente e definito da una visione di sé univoca e specifica. Possiamo arrivare ad avere ricordi corrispondenti all'età in cui apprendiamo il linguaggio, ma nessuno può arrivare a ricordare i primi ventiquattro mesi di vita

della personalità in cui sussistono quei tratti che, se non elaborati, verranno ad essere nell'età scolare i sintomi di un disturbo della condotta, sfociando nell'adolescenza ed età adulta in un disturbo antisociale di personalità.

Uno sviluppo in tale direzione potrà portare il bambino ad essere estroverso, ovvero tendente a cercare nel rapporto con l'esterno un'espressione di sé, della sua emotività e della sua affettività. Se tale tendenza all'estroversione verrà a ridimensionarsi, la personalità sarà adeguata se acquisirà una struttura sufficientemente stabile, e la persona apparirà come capace di socializzare, di intrattenere rapporti positivi e costruttivi con gli altri. Se non intervengono cure ed esperienze capaci di mettere in atto tale ridimensionamento, se non raggiungerà una struttura adeguata, con maggiori probabilità il proporsi della persona nel rapporto con l'esterno sarà discrepante, e la sua tendenza alla socializzazione risentirà di un eccesso di presenza del suo Io, apparendo come una presenza eccessiva, indiscreta, non in sintonia con le dinamiche di relazione che avrà bisogno di vivere. Si tratta della differenza che passa fra una persona socievole, sicura di sé ma discreta, che ispira fiducia e simpatia negli altri e che intrattiene rapporti sociali e intimi sufficientemente stabili, e una persona che risulta invadente, poco empatica nel rapporto con gli altri, scarsamente capace di ascoltare, portata ad essere al centro dell'attenzione prevalendo e prevaricando sugli altri, in modo costante ed egosintonico: stiamo parlando di persone la cui personalità può essere facilmente inquadrata come "istrionica" o "narcisistica". Se la tendenza a prevaricare sarà eccessiva, potrà anche risultare "antisociale"; se sarà portata ad agire in modo aggressivo - nel caso l'impulsività fosse anche agita in modo sordinato e rivolta verso se stessa con modalità autolesionistiche, come conseguenza di una scarsa elaborazione e controllo dell'emotività - parleremmo di borderline.

Queste le riflessioni rispetto al cluster B, ma analoghe riflessioni sussisterebbero rispetto ai disturbi del cluster C e del cluster A.

Non ci soffermiamo su quanto sia opportuno definire l'io del neonato "primordiale", o se non sia meglio chiamarlo "prototipico". Sappiamo tutti, per conoscenza empirica diretta, che non possiamo avere consapevolezza di quanto accaduto ad ognuno di noi nei primi mesi della nostra vita. Per quanto ci possiamo spingere indietro con la memoria biografica, possiamo arrivare ad avere ricordi molto frammentari, e spesso anche di dubbia corrispondenza a quanto realmente avvenuto, ma sono sempre ricordi nei quali l'io individuale, di cui abbiamo coscienza, era presente e definito da una visione di sé univoca e specifica. Possiamo arrivare ad avere ricordi corrispondenti all'età in cui apprendiamo il linguaggio, ma nessuno può arrivare a ricordare i primi ventiquattro mesi di vita. Tale osservazione non vuole essere retorica, ma si coniuga con quanto fin qui considerato: la personalità, fra le molteplici possibili definizioni alle quali abbiamo fatto cenno all'inizio di questa trattazione, crediamo possa definirsi come la capacità dell'individuo umano di riconoscersi in un vissuto al quale corrisponde una identità stabile nel tempo, e che viene a svilupparsi dalla nascita fino al presente in un continuum esperienziale, nel quale si definisce la "persona", nella consapevolezza della permanenza di sé nel tempo; riconoscersi in un passato e ritrovarsi in un presente dà concretezza a quello che siamo, così come il mondo esterno ci riconosce nella stabilità dell'immagine di noi stessi che ogni giorno mettiamo in relazione con esso. La questione si complica con la presenza della memoria implicita, emozionale, della quale non si hanno ricordi fatti di immagini e parole, ma solo stati emotivi che si provano fin dalle ultime fasi intrauterine, emozioni che emergono inaspettatamente, stimolate da circostanze o eventi che appaiono neutrali alla razionalità, e sono stati emotivi che sorprendono, complicando la visione che la persona può avere di sé.

La psicologia dinamica, ma in parte anche quella sistemica, mettono in luce quello che accade nella psiche quando l'individuo è ancora in embrione, ovvero non ha ancora consapevolezza di se stesso, quando è ancora in fase "marsupiale", ovvero integralmente contenuto nelle e dalle cure del caregiver, nello stato ontogenetico dove l'identità stessa è indefinita, e l'io - se accogliamo la visione di M. Klein- anche se presente, non è ancora in grado di avere una coscienza di

sé, una capacità razionale di appercepire la sua identità, se pur embrionale, e non è nella condizione di riconoscere se stesso: il “conoscere se stesso”, infatti, resta un obiettivo ancora molto lontano nel progresso evolutivo ed è difficile da raggiungere.

Possiamo allora dire che il neonato, ma anche il bambino in età prescolare, la cui attività mentale è caratterizzata da un pensiero magico, svincolato dai limiti del reale, viva prevalentemente in una dimensione dove prevale l'inconscio. Il processo di crescita, la differenziazione dalla madre, dalle altre figure parentali e familiari, dal mondo in quanto tale, fanno filtrare esperienze emotive, affettive e cognitive che iniziano ad essere contenute in un bagaglio mnestico di cui il bambino acquisisce sempre di più padronanza, gradualmente, come con il linguaggio verbale, abbinandole alla memoria biografica.

“Intorno al ventunesimo mese inizia la differenziazione vera, dato che iniziano ad emergere le singole individualità che rendono ogni bambini diverso dagli altri, anche nell'espressione del suo essere nelle relazioni con gli altri, e non solo con la madre e il padre.” (M. Mahler 1975).

Possiamo aggiungere che la dimensione emotiva del neonato e del bambino in età prescolare è da considerarsi del tutto priva di un argine, di un confine la cui sagoma affettiva è rappresentata appunto dal concetto di personalità, o meglio dal suo prototipo disegnato da una potenzialità geneticamente acquisita, ma in attesa di un'esperienza che ne concretizzi la forma e ne metta a fuoco i contorni.

Uscendo dalla fase simbiotica, l'embrione della personalità inizia a manifestarsi, ad essere sempre più riconoscibile, i tratti predominanti saranno visibili, e il bambino inizia a mostrare se stesso lasciando già immaginare quella che potrà essere la sua persona da adulto. Se nella fase simbiotica non si sono avute le cure necessarie, se non c'è stata una relazione sufficientemente adeguata per far sì che le prerogative specie specifiche del soggetto umano si attivino, se non c'è stato il ricovero nel marsupio psicologico, ciò potrebbe costituire il fattore eziologico per patologie che possono andare anche oltre, per gravità e complicazioni sintomatologiche, il disturbo di personalità. Altrimenti, se le cure ricevute sono sufficienti, la personalità inizia a mostrarsi. Si vedono bambini di tre anni che definiamo timidi, introversi, altri disinvolti ed estroversi, vediamo bambini più reattivi e altri più remissivi. Così come i tratti fisiognomici divengono più definiti, rendendo il loro viso unico, così il loro modo di essere con gli altri, nel loro ambiente relazionale, inizia ad apparire peculiare, inizia ad essere il “loro” modo di essere.

I fattori sociali e culturali restano però determinanti. Il modo di prendersi cura del bambino è condizionato dai modelli culturali. Già in fase neonatale madri e caregivers di differenti culture potranno dare impostazioni diverse alla cura, avranno una gestione diversa del “marsupio”. Resta suggestivo il fatto che, con l'uscita dalla fase simbiotica, il bambino inizi a rapportarsi in modo sempre più personale, e a definirsi in modo più autentico e univoco nel rapporto con la sua stessa cultura di appartenenza. Aderire a tale cultura, conformarsi, seguire un pensiero comune – anche se non unico o univoco, ma comunque non significativamente diverso da un pensiero collettivo – costituisce il cardine per essere accettato come “persona nella norma”, altrimenti il disturbo, in un'area di espressione o un'altra, sussisterà. Riportiamo a tale proposito il primo fra i criteri generali per i disturbi di personalità, come definito dal DSM-5:

“Criteri. A: un pattern abituale di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo. Questo pattern si manifesta in due (o più) delle seguenti aree: 1 Cognitività (cioè modi di percepire e interpretare se stessi, gli altri e gli avvenimenti). 2 Affettività (cioè varietà, intensità, labilità e adeguatezza della risposta emotiva). 3 Funzionamento interpersonale. 4 Controllo degli impulsi.” (DSM-5 AA.VV. 2013).

Ancora più esplicita è la precisazione nel paragrafo “Aspetti diagnostici legati alla cultura di appartenenza”:

“La valutazione del funzionamento della personalità deve prendere in considerazione l'ambiente etnico, culturale e sociale dell'individuo. I disturbi di personalità non dovrebbero essere confusi con i problemi legati all'acculturazione

Possiamo allora dire che il neonato, ma anche il bambino in età prescolare, la cui attività mentale è caratterizzata da un pensiero magico, svincolato dai limiti del reale, viva prevalentemente in una dimensione dove prevale l'inconscio. Il processo di crescita, la differenziazione dalla madre, dalle altre figure parentali e familiari, dal mondo in quanto tale, fanno filtrare esperienze emotive, affettive e cognitive che iniziano ad essere contenute in un bagaglio mnestico di cui il bambino acquisisce sempre maggiore padronanza

Vari autori concordano sul fatto che la personalità nasca con l'uscita dal marsupio psicologico rappresentato dalla fase simbiotica, e inizi ad esprimersi, come potenzialità mentale e relazionale, nel passaggio dalla fase di differenziazione a quella di sperimentazione; rimane quindi abbastanza stabile nei suoi tratti relativi ad una fisiognomica personologica, ma sempre restando vulnerabile ai condizionamenti esterni, alla portata determinante delle esperienze e all'influenza degli agenti culturali e ambientali

che seguono l'immigrazione, o con l'espressione di abitudini, costumi o valori religiosi e politici professati dalla cultura di origine dell'individuo." (ibidem).

Qui si legge chiaramente quanto il concetto di "disturbo" sia vincolato al concetto di devianza rispetto alla norma culturalmente stabilita, in un dato contesto e in un dato momento, e possa quindi essere condizionato dalle differenze fra le culture, una differenza che si risolve in una differente lettura di un comportamento e di un modo di essere della persona da chi non appartiene al contesto culturale di cui la persona osservata è partecipe.

In una recente pubblicazione (2017), A.E. Skodol, D. S. Bender, J.M. Oldham riportano studi osservazionali e riflessioni di vari autori in merito ai criteri generali stabiliti dal DSM-5 per l'individuazione dei disturbi di personalità. In particolare, il criterio D, che nel DSM recita:

"D: Il pattern (per questo criterio, ovviamente, viene omesso l'aggettivo "abituale" invece presente negli altri criteri) è stabile e di lunga durata, e l'esordio può essere fatto risalire almeno all'adolescenza o alla prima età adulta." (op.cit.).

In riferimento a tale criterio, gli studi condotti dai vari autori sembrano andare molto più indietro rispetto all'adolescenza, arrivando appunto fino ai tre anni.

"I tratti di personalità mostrano antecedenti temperamentali chiari (Shiner, 2005) per cui, raggiunta l'età scolare, la struttura di personalità dei bambini è già simile a quella che avranno da adulti (Shiner, 2009, Tackett et al. 2009). Già a tre anni i tratti di personalità sono relativamente stabili, ma la loro stabilità aumenta nel corso della vita fino circa ai 50 anni." (Roberts, Del Vecchio, 2000).

I risultati di tali studi sembrano concordare sul fatto che la personalità nasca con l'uscita dal marsupio psicologico rappresentato dalla fase simbiotica, e inizi ad esprimersi, come potenzialità mentale e relazionale, nel passaggio dalla fase di differenziazione a quella di sperimentazione; rimane quindi abbastanza stabile nei suoi tratti relativi ad una fisiognomica personologica, ma sempre restando vulnerabile ai condizionamenti esterni, alla portata determinante delle esperienze e all'influenza degli agenti culturali e ambientali.

Il concetto di personalità va allora integrato con quello di "persona", allorché lo sviluppo dell'individuo umano raggiunge quello stato di maturità per cui si diventa consapevoli di se stessi, si acquisisce una identità stabile, insieme ad una coscienza della propria stabilità e della propria consapevolezza, con un Io che organizza tali risorse, per quanto gli sia concesso come istanza dotata di razionalità e non semplicemente in balia di un essere indefinito, inconscio, che agisca solo in base alla sua istintività, in base alla quale saremmo solo animali privi di pensiero, e non esseri umani dotati di personalità.

Giovanni Jervis, a tale proposito, scriveva:

"L'identità di un essere umano - non di una persona - è sempre la stessa, dalla sua nascita alla sua morte... Non è così per l'identità di persona. Un singolo essere umano non solo non è considerato persona quando è ancora un bambino molto piccolo, né quando eventualmente è vecchio, malato e demente: ma anche può considerarsi, ed essere considerato, due persone diverse all'età di venti anni e di cinquanta." (Jervis 1984).

Anche in tal caso, possiamo esperire il senso di tali affermazioni facendo appello alla nostra semplice esperienza: tutti possiamo ritrovarci a dire di qualcuno che conosciamo molto da vicino "è un'altra persona", o pensarlo anche di noi stessi, in differenti momenti della nostra vita, a differenti età; la nostra e l'altrui identità, invece, la riconosciamo stabile nel tempo. Ciò avviene grazie ad un Io che:

"senza essere coscienza né essenza, assicura un certo grado di unità all'individuo e di identità alla persona." (ibidem).

La coscienza interviene come funzione conoscitiva, come elemento supplementare che ci consente di prendere visione di ciò che siamo, ed eventualmente di arrivare a conoscerci nella peculiarità di ciò che siamo diventati in quanto persona e dotati di una certa particolare personalità.

Scriva ancora Jervis: *"la coscienza umana muove da un soggetto verso un oggetto."* (ibidem).

La psicopatologia sembra agire in modo analogo.

Alla stesura del DSM, nelle varie edizioni, hanno partecipato dozzine di studiosi, quasi tutti appartenenti alla comunità scientifica occidentale, o naturalizzati in Occidente. Le loro singole coscienze, le loro soggettività, si sono confrontate cercando di trovare una linea comune, univoca, per valutare il fenomeno della salute mentale; si è visto, consultando il DSM-5, che gli autori hanno tenuto conto di come il contesto culturale selezioni come più o meno adeguato un determinato funzionamento della personalità, con la conseguenza di un incremento o meno del disagio per la persona, così come nell'influenza sulla salute psichica e psicologica; si deduce che abbiano cercato di isolare la variabile culturale, che tende a differenziarsi a seconda delle differenti teorie; per isolarla e dare un rilievo concretamente scientifico alle loro osservazioni, hanno evitato di seguire teorie particolari, andando oltre la definizione data più di mezzo secolo fa da Hall e Lindzey e riportata nelle prime pagine di questa divagazione. Per giungere ad una visione collettiva e condivisa, hanno ubbidito al presupposto fenomenologico rivolgendo l'attenzione all'essenza della natura umana e dei suoi risvolti eidetici, ma attenendosi al dato di realtà, all'osservazione dei fatti, per darne una descrizione oggettiva, e per catalogarli in modo tassonomico, secondo un principio di salute che ubbidirebbe all'ideale di un'esistenza psichica in grado di raggiungere un equilibrio assoluto, definitivo, che comporti l'assenza di patologia, disturbo o disagio. Anche in questo caso, siamo di fronte ad un paradosso: si cerca l'essenza del benessere psichico, senza tenere presente che non esiste il benessere psichico in assoluto, ma solo idealmente.

La task force del DSM diventa una sorta di coscienza collettiva, una soggettività condivisa che muove verso un oggettivo concetto di benessere, inteso come un ottimale e generico adattamento al contesto e una capacità di relazionarsi in modo produttivo e sintonico ad esso. Il limite sta nel fatto che la psicopatologia non può arrivare ad avere una concreta e definita coscienza di sé: la psicopatologia è il risultato di una riflessione condivisa e partecipata da un cospicuo numero di menti pensanti, ma non è di per sé un soggetto pensante, resta un'astrazione scientifica, un tentativo di rendere oggettivo un concetto – la salute mentale o la psicopatologia, almeno per quanto riguarda la personalità e i suoi disturbi – che non può definirsi di per sé in modo unico ed univoco, estendibile a tutti e da tutti condivisibile, così come non sono uniche ed univoche le culture nel tempo cronologico (vedasi l'esempio dell'omosessualità, almeno per quanto riguarda la cultura occidentale) e nello spazio geografico (il persistere nell'immobilità di un fachimò indù potrebbe essere letta dallo psichiatra anglosassone come un'espressione di catatonìa). Il DSM-5 lo chiarisce e pone a se stesso il suo limite, dichiarandolo nel criterio generale A per i disturbi di personalità su citato.

Una mente pensante, cosciente di sé stessa come entità partecipe del mondo, del contesto, ma pure da esso distinta attraverso la percezione elementare dell'Io, la *persona*, muove verso un benessere esperito come un oggetto da raggiungere, da comprendere e al quale adattarsi; ma questo oggetto sarà concreto quanto più la persona lo riconoscerà come dotato di un'assoluta originalità: ciò che può raggiungere sarà una conoscenza oggettiva di sé stesso, una posizione da cui diventi soggetto di se stesso, una visione di sé come unico e irripetibile, come un *soggetto oggettivo*, o una *soggettività oggettivata*. Per arrivare a questo risultato, la persona dovrà avvalersi di una personalità strutturata, riconoscersi e accettarsi nella sua peculiarità e particolarità, e deve imparare ad usare le sue componenti funzionali per tale scopo. La psicoterapia agirebbe con la finalità di portare una data personalità ad una struttura più solida, aiutando la persona a conoscersi, a riconoscersi, a mettere a fuoco sé stessa.

* Psicologo-Psicoterapeuta, A.S.S.T. s.s. Attività Consultoriali. Pavia.

Molti autori hanno ubbidito al presupposto fenomenologico rivolgendo l'attenzione all'essenza della natura umana e dei suoi risvolti eidetici, ma attenendosi al dato di realtà, all'osservazione dei fatti, per darne una descrizione oggettiva, e per catalogarli in modo tassonomico, secondo un principio di salute che ubbidirebbe all'ideale di un'esistenza psichica in grado di raggiungere un equilibrio assoluto, definitivo, che comporti l'assenza di patologia, disturbo o disagio. Siamo di fronte ad un paradosso: si cerca l'essenza del benessere psichico, senza tenere presente che non esiste il benessere psichico in assoluto

BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth, M.D. & Boston, M. (1969) Attachment and exploratory behaviour of one-year-old in Strange Situation. Foss, Determinant of Infant Behaviour, Vol. 4. London: Methuen.
- Allport, G.W. (1937) Psicologia della personalità. Roma. Libreria Ateneo Salesiano 1977.
- American Psychiatric Association AA.VV. (1987) DSM-III-R Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali. Milano. Masson 1993.
- American Psychiatric Association AA.VV. (2000) DSM-IV-TR Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali. Milano. Masson 2001.
- American Psychiatric Association AA.VV. (2013) DSM-5 Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali. Milano. Raffaello Cortina 2014.
- Bandura, A. (1977) Social Learning Theory. Prentice-Hall. Englewood Cliffs.
- Bateson, G. (1979) *Mente e Natura, Un'unità necessaria*. Milano. Adelphi 1984.
- Bottaccioli F. Bottaccioli AG (2023) *Epigenetica e Psiconeuroendocrinoimmunologia*. Milano. Erda. 2023.
- Bowlby, J. (1969) *Attaccamento e perdita. L'attaccamento alla madre*. Torino. Boringhieri 1983.
- Bowlby, J. (1973) *Attaccamento e perdita. La separazione dalla madre*. Torino. Boringhieri 1975.
- Costa, P.T., McCrae, R.R. (1988) From catalog to Murray's needs and five-factor model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, pp. 258-265.
- Costa, P.T., Widiger, T.A. (a cura di) (1994) *Personality Disorder and the Five-Factor Model of Personality*, American Psychological Association. Washington.
- Ellemerger, H.F. (1970) *La scoperta dell'inconscio. Storia della psichiatria dinamica*. Torino Boringhieri 1982.
- Eysenck, H.J. (1991) Genetic and environmental contributions to individual differences: The three major dimensions of personality. *Journal of Personality Disorders*, 58, pp. 245-261.
- Freud, S., (1914) *Introduzione al narcisismo*. Torino. Boringhieri 1977.
- Freud, S., (1929) *Al di là del principio del piacere*. Torino. Boringhieri 1997.
- Greenacre P. (1971) *Studi psicoanalitici sullo sviluppo emozionale*. Firenze. Martinelli. 1979.
- Hall, C.S. & Lindzey, G. (1957) *Teorie della personalità*. Torino. Boringhieri 1984.
- Jervis, G., (1984) *Presenza e identità*. Milano. Garzanti 1984.
- Jervis, G., (1975) *Manuale critico di Psichiatria*. Milano. Feltrinelli 1983.
- Jung, C.G. (1921) *Tipi psicologici*. Torino. Boringhieri 2011.
- Kernberg, O. F., (1978) *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Torino. Boringhieri 1987.
- Kernberg, O. F., (1987) *Disturbi gravi della personalità*. Torino. Boringhieri 1987.
- Klein, M. (1921) *Lo sviluppo di un bambino*. Torino. Boringhieri 1978.
- Kohut, H., (1972) *La ricerca del Sé*. Torino. Boringhieri 1982.
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F. (2005) *I disturbi di personalità. Le principali teorie*. Milano. Raffaello Cortina 2006.
- Livesley, W.J. (1987) A systematic approach to the delineation of personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, pp. 772-777.
- Livesley, W.J., Jackson, D.N. (1992) Guidelines for developing, evaluating and revising the classification of personality disorders. *Journal of Nervous Mental Disease*, 180, pp. 609-618.
- Mahler, M.S., Pine, F., Bergman, A. (1975) *La nascita psicologica del bambino*. Torino. Boringhieri 2000.
- Neri, C., Correale, A., Fadda, P. (a cura di), (1987) *Lecture Bioniane*. Roma. Borla 1987.
- Oldham, J.M., Skodol, A.E., Bender, D.S., (a cura di), (2014) *Trattato dei Disturbi di Personalità*. Milano Raffaello Cortina 2017.
- Paris, J. (1996) *Contesto sociale e disturbi di personalità. Diagnosi e trattamento in una prospettiva bio-psico-sociale*. Milano. Raffaello Cortina 1997.
- Segal, H. (1979) *Melanie Klein*. Torino. Boringhieri 1985.
- Siegel, D.J. (2021) *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Milano. Raffaello Cortina 2025.
- Skodol, A.E., Bender, D.S., Oldham, J.M., (2017) *Un modello alternativo per i disturbi di personalità: la sezione III del DSM-5 e oltre*, in *Trattato dei Disturbi di Personalità*. Milano. Raffaello Cortina 2017.
- Wiggins, J.S., Pincus, A.L. (1989) Conceptions of personality disorders in dimensions of personality *Psychological Assessment*, 1, pp. 305-316.

The concept of personality and the evolution of psychological studies: which nosographic classification

“Personality” is a very complex concept. Thinkers, philosophers, psychologists have tried to give definitions, but it is now clear that every individual has his/her own personality and it may influence their point of view and vision of the external world. It is therefore essential for a psychologist who wants to be a therapist to find out which dynamics are active in his/her own individual inner world in order to be able to transcend them and meet and accept the patient's subjectivity.

KEYWORDS: Personality, psychopathology, environment, trait.

Competenze relazionali e abilità comunicative nell'era della sanità digitale

Relational competence and communication skills in the age of digital healthcare

ANNA ZANATTA*

[Un ringraziamento ad Antonella Capobianco per il suo contributo]

PAROLE CHIAVE: Comunicazione, fiducia, linguaggio

Indipendentemente dal contesto di interazione tra medico e paziente, è necessario adottare una comunicazione efficace per costruire una relazione di fiducia. A tale scopo, gioca un ruolo cruciale l'integrazione tra il linguaggio verbale e quello non verbale (Fuertes et al. 2007). L'affidabilità del medico è necessaria per instaurare una relazione di fiducia e questa viene rafforzata dalla coerenza tra ciò che viene detto e da come viene detto (Mast 2007)

Il contesto sanitario tradizionale

Un'interazione efficace, che influenza positivamente l'ambiente di cura e lo rende collaborativo ed orientato verso il paziente è rappresentata da un linguaggio verbale connotato dai seguenti elementi:

- Chiarezza comunicativa L'uso di parole complesse o di un linguaggio medico rischia di non permettere al paziente di comprendere appieno ciò che gli si sta comunicando. L'utilizzo di un linguaggio semplice, chiaro e comprensibile rende più facile per i pazienti comprendere la loro situazione. Inoltre, è necessario che il linguaggio della comunicazione verbale sia personalizzato in base all'età, al background culturale e al livello di istruzione del paziente, assicurandosi che le informazioni siano rilevanti e facilmente comprensibili (Fuertes et al. 2007);
- Empatia L'utilizzo di frasi che riconoscono e validano le preoccupazioni e le emozioni del paziente, come ad esempio "Capisco che questa situazione possa essere difficile per te" fanno sentire il paziente accolto e compreso (McCabe and Timmins 2013);
- Ascolto attivo La formulazione di domande aperte, di parafrasi e il riepilogo di quanto detto dal paziente, mostrando interesse autentico, rende la comunicazione aperta e bidirezionale (Fuertes et al. 2007);
- Supporto emotivo Fornire rassicurazioni verbali può aiutare a calmare i pazienti che presentano uno stato d'ansia. Frasi come "Siamo qui per aiutarti" o "Faremo del nostro meglio per gestire la tua condizione" possono essere molto confortanti e possono favorire un clima di accoglienza.

Allo stesso modo, il linguaggio non verbale partecipa attraverso i seguenti elementi (Mast 2007):

- Contatto visivo, attraverso il quale dimostrare attenzione e interesse, rafforzando il legame con il paziente e trasmettendo empatia e comprensione;

Nella sanità digitale il tema della fiducia diventa centrale in quanto i pazienti devono fidarsi di consegnare le proprie informazioni personali e la propria salute a un sistema percepito come degno di fiducia e rispettoso. Un punto oggi cruciale è l'intelligenza artificiale

- Espressioni facciali, che possono comunicare interesse, preoccupazione o gioia e che possono aiutare i pazienti a sentirsi compresi e supportati emotivamente;
- Tono di voce: una voce calma può aiutare il paziente a ridurre le emozioni negative. La modulazione della voce è importante per trasmettere il giusto messaggio perché può esprimere empatia, accoglienza e rassicurazione;
- Gestualità: l'utilizzo di gesti appropriati come ad esempio l'azione di annuire può incoraggiare il paziente a continuare a parlare, mentre gesti nervosi o distratti potrebbero indurre gli effetti opposti;
- Prossimità: Rispettare una distanza fisica appropriata in base alle preferenze del paziente e alla cultura di appartenenza, considerando lo spazio personale del paziente e avvicinarsi quando necessario, come ad esempio un tocco leggero sulla spalla o una stretta di mano, può fornire conforto e mostrare empatia.

La sanità digitale

L'esordio della sanità digitale ha cambiato radicalmente il modo di fornire e ricevere cure in sanità, portando a un cambiamento negli schemi di comunicazione e in base a ciò richiedendo ai professionisti di acquisire nuove competenze relazionali (Weinstein et al. 2014). Queste ultime implicano la capacità di instaurare e mantenere relazioni positive e di fiducia con i pazienti, nonostante l'assenza di un contatto fisico diretto, in quanto si deve necessariamente tenere conto del grado di vulnerabilità e sensibilità presente nel corso di un'interazione in ambito sanitario (McCabe and Timmins 2013). Da parte loro, i professionisti sanitari devono essere in grado di creare un ambiente virtuale favorevole alla trasparenza, al rispetto e alla comprensione reciproca (Haleem et al. 2021). Questo richiede un elevato livello di empatia e la capacità di ascoltare realmente e di rispondere alle esigenze e alle emozioni del paziente, anche quando si utilizzano strumenti elettronici come videochiamate, e-mail o messaggistica istantanea (McCabe and Timmins 2013). Inoltre, il tema della fiducia diventa centrale in quanto, anche se il processo è digitale, i pazienti devono fidarsi di consegnare le proprie informazioni personali e la propria salute a un sistema percepito come degno di fiducia e rispettoso (Haleem et al. 2021). Nell'ambito della sanità digitale, un punto cruciale è l'intelligenza artificiale. L'IA sta acquisendo un ruolo sempre più importante non solo per supportare la diagnosi e il trattamento, ma anche per aiutare le relazioni tra i pazienti e i fornitori di cure. La capacità di relazionarsi e comunicare è uno dei requisiti necessari per un'efficace esecuzione del compito dell'IA, che mira a migliorare la qualità di assistenza e l'esperienza dei pazienti, cercando di garantire interazioni efficaci e umanizzate, e sostenendo i professionisti sanitari (Senbekov et al. 2020). Tuttavia, l'IA presenta ancora numerosi limiti, uno tra questi riguarda la comunicazione non verbale: infatti, l'IA attualmente non è ancora adeguatamente in grado di dare significato ai segnali non verbali dell'interlocutore e di interpretare accuratamente i messaggi impliciti che si celano sotto la forma verbale esplicita (Kumar and Martin 2023).

Affinché l'interazione risulti efficiente, le abilità relazionali e comunicative dell'Intelligenza Artificiale dovrebbero includere:

1. Chiarezza e semplicità comunicativa

Fornire informazioni critiche o complesse in modo semplice e chiaro deve essere l'obiettivo principale. Quando l'IA fornisce una diagnosi, un piano di trattamento o una raccomandazione medica, dovrebbe essere in grado di comunicarlo in modo comprensibile, senza ricorrere a termini medici complessi o a un linguaggio specifico per gli operatori. L'abilità di comunicare attraverso gli strumenti digitali significa riuscire ad adattarsi a una vasta gamma di piattaforme tecnologiche (Morrow et al. 2023). I professionisti sanitari devono essere in grado di utilizzare un linguaggio chiaro e comprensibile, adattando il messaggio al canale utilizzato e alle specifiche esigenze del paziente (Weinstein et al. 2014). La chiarezza e la precisione sono fondamentali per evitare malintesi, soprattutto quando si

trasmettono informazioni critiche sulla salute. L'uso della comunicazione visiva, attraverso grafici, immagini o video, può aiutare a illustrare concetti complessi, rendendo più facile per i pazienti comprendere le proprie condizioni e i trattamenti consigliati (Weinstein et al. 2014).

2. Personalizzazione dell'interazione

Il primo aspetto in cui l'IA fallisce è adattare le risposte e il proprio modo di comunicare alle preferenze personali dell'individuo, alla sua storia medica e a ciò di cui ha bisogno (McCabe and Timmins 2013). L'abilità di parlare e interpretare le parole umane è fondamentale, poiché la funzione dell'IA in questa situazione dovrebbe essere quella di creare una risposta appropriata e coerente alle domande del paziente, evitando risposte complicate o confuse che possono essere facilmente create se l'AI non vede differenze tra i vari contesti. Tale risposta dovrebbe essere appropriata non solo in senso informativo, ma anche nel modo in cui viene presentata, prendendo in considerazione il tono della conversazione e gli elementi emozionali e soggettivi dell'utente (Morrow et al. 2023)

3. Affidabilità

Le informazioni offerte all'utente dovrebbero essere non solo coerenti con le sue richieste ma anche presentare un elevato livello di accuratezza e precisione; si devono basare su fonti di letteratura aggiornata e affidabile affinché si possa instaurare un rapporto di fiducia (Haleem et al. 2021).

4. Ascolto attivo e risposta rapida

Le informazioni devono essere raccolte dall'IA in modo efficace attraverso l'analisi del testo o l'ascolto dell'utente e, in base a queste, dovrebbero essere prodotte delle risposte inerenti, precise e complete nel minor tempo possibile, in modo che il paziente si senta accolto (Morrow et al. 2023).

5. Empatia digitale

Sebbene l'IA non sia in grado di provare emozioni, dovrebbe essere programmata per riconoscere i segnali emotivi dell'utente attraverso l'analisi del linguaggio, in modo tale che possa rispondere in modo sensibile e appropriato, offrendo supporto emotivo e comprensione (Morrow et al. 2023). Anche la compassione è un elemento importante da tenere in considerazione. La compassione è una reazione emotiva connotata di sensibilità per la propria sofferenza e per quella degli altri, con il conseguente sforzo impiegato per alleviarla e prevenirla. In particolare, essa comprende la consapevolezza dell'esistenza del dolore psichico sperimentato, la comprensione del suo significato, la risposta verbale e non verbale di connessione e infine la messa in atto di comportamenti volti ad alleviare tale disagio psicologico. Di conseguenza, l'approccio caratterizzato da una reazione e un'assistenza compassionevole riesce ad alleggerire il peso della sofferenza (Durkin, Jackson, and Usher 2021). In quanto tale, la compassione deve essere parte della pratica professionale di cura, in quanto predice la qualità dell'assistenza (McCabe and Timmins 2013). Nonostante essa abbia notevoli risvolti positivi, la compassione non è ancora stata presa adeguatamente in considerazione in relazione alle tecnologie di Intelligenza Artificiale applicate alla sanità (Morrow et al. 2023).

6. Rispetto della privacy

La fiducia dell'utente viene stabilita anche attraverso l'utilizzo sicuro delle informazioni personali e sanitarie. È essenziale, quindi, che l'IA sia progettata per operare eticamente e responsabilmente, garantendo che tutte le interazioni siano protette dalla privacy, avvengano in un ambiente sicuro, rispettino la confidenzialità dei dati del paziente e le normative vigenti. I sistemi sanitari digitali devono essere centrati sui pazienti e quindi sulla protezione dei loro dati, specialmente quando si tratta di informazioni personali sensibili e del loro utilizzo (Haleem et al. 2021). Il concetto di privacy include elementi quali la sicurezza, la riservatezza, gli usi non intenzionali delle informazioni mediche e il diritto dei pazienti

Quando l'IA fornisce una diagnosi, un piano di trattamento o una raccomandazione medica, dovrebbe essere in grado di comunicarlo in modo comprensibile, senza ricorrere a termini medici complessi o a un linguaggio specifico per gli operatori. L'abilità di comunicare attraverso gli strumenti digitali significa riuscire ad adattarsi a una vasta gamma di piattaforme tecnologiche

Un'Intelligenza Artificiale è addestrata ad elaborare una miriade di dati, sotto forma di stringhe di testo o di associazioni input-output. La tecnica di addestramento attualmente utilizzata viene definita Deep Learning (DL). Essa è basata su reti neurali multistrato, che consentono l'apprendimento di dati non forniti dall'uomo, ma appresi grazie all'utilizzo di algoritmi di calcolo statistico applicati a dati che la macchina desume dalla realtà

di conoscere il modo in cui vengono utilizzati i loro dati. Attualmente, nonostante manchino regolamenti etici universali per proteggere i dati sanitari, è comunque possibile migliorare la privacy utilizzando tecnologie di de-identificazione che coprono l'intero ciclo di vita della raccolta e della gestione dei dati (Haleem et al. 2021).

7. Collaborazione con professionisti umani

Sebbene l'IA possa essere addestrata per rendere l'interazione più simile possibile a quella umana, è indispensabile che vi sia la supervisione di un professionista. Collaborare con gli operatori sanitari, sapendo quando indirizzare i pazienti agli operatori umani per problemi che richiedono supporto emotivo profondo, decisioni difficili o giudizio clinico, è da considerarsi una priorità. Inoltre, l'IA dovrebbe essere in grado di apprendere e migliorare le proprie capacità comunicative interagendo con gli utenti, per svilupparsi e adattarsi meglio alle esigenze che cambiano nel settore sanitario (Morrow et al. 2023).

Problematiche di automazione e Bias dell'IA

Sebbene i progressi della tecnologia abbiano portato innovazione e miglie in campo medico, come nel campo delle protesi o nella gestione a distanza del paziente o nello studio dei processi di pensiero, l'implementazione dell'IA nel campo della salute e della cura del paziente presenta parecchie controversie in ambito etico e pratico.

Analizziamo quindi i punti di debolezza dell'Intelligenza artificiale, partendo dalla sua definizione: essa è una sotto-disciplina della scienza dei computer, che si propone di scrivere programmi che *simulano l'intelligenza umana* ("APA Dictionary of Psychology — Dictionary.apa.org," n.d.). La definizione di intelligenza umana dell'American Psychology Association dichiara che: essa è l'abilità di *dedurre informazioni, imparare dall'esperienza, adattarsi all'ambiente, capire e utilizzare correttamente il pensiero e la ragione* ("APA Dictionary of Psychology — Dictionary.apa.org," n.d.). Le parole chiave da evidenziare in queste due definizioni sono: "*adattamento*", "*utilizzo corretto di pensiero e ragione*" e "*simulazione dell'intelligenza umana*". Dal punto di vista dell'intelligenza umana la capacità di adattarsi all'ambiente circostante consta di abilità fondamentali quali:

- Il discernimento nella selezione delle informazioni secondo un grado di pertinenza, rilevanza e importanza, che ha come scopo l'inquadramento anamnestico e diagnostico del paziente.
- La flessibilità, necessaria per personalizzare l'output comportamentale in base al contesto e ad una serie di informazioni che non possono essere estrapolate da una mera stringa di dialogo, come le variabili circostanziali o culturali, l'emotività, la prossemica, il tono della voce del paziente, ecc...
- La variabilità nell'utilizzo dello stile e nel registro comunicativo in base al paziente con cui avviene l'interazione.

Un'Intelligenza Artificiale è addestrata ad elaborare una miriade di dati, sotto forma di stringhe di testo o di associazioni input-output. La tecnica di addestramento attualmente utilizzata viene definita Deep Learning (DL). In un'opera di Assunta di Martino (Weinstein et al. 2014) è spiegato come essa sia basata su reti neurali multistrato, che consentono l'apprendimento di dati non forniti dall'uomo, ma appresi grazie all'utilizzo di algoritmi di calcolo statistico applicati a dati che la macchina desume dalla realtà. L'apprendimento dei dati viene attuato nella fase di addestramento dell'algoritmo (*training*), che è considerata positivamente conclusa quando, nella fase denominata test set, cioè quando l'algoritmo si confronta con la realtà da cui i dati sono stati estrapolati, il sistema si mostra in grado di valutare correttamente, con un'altissima percentuale di successi, un'ampia serie di dati fornitagli. L'operatore umano, poi, imposta la ricerca, l'accompagna a dati specifici necessari e valuta la bontà del risultato dell'elaborazione, scegliendo se adottare la soluzione proposta dalla macchina, in un'ottica di ottimizzazione dei modelli decisionali affidata in buona

parte, ma non del tutto e non automaticamente, a processi di apprendimento automatico. Allo stato attuale della ricerca e dell'implementazione, le reti neurali che sottendono alle IA sono dotate intrinsecamente di un proprio margine interno di discrezionalità. Tuttavia quest'ultima non è indagabile a priori, né facilmente discernibile a posteriori, poiché le reti neurali assumono autonomamente decisioni che non dipendono meccanicamente dalla precedente attività di programmazione, ma sono essenzialmente il frutto di un processo di apprendimento progressivo attraverso l'interazione con l'ambiente.

Problemi di chiarezza e semplicità comunicativa

L'intelligenza Artificiale, in altre parole è quella che gli scienziati definiscono "un modello a scatola nera". Il modello predittivo di tipo *black box* è in grado di fare deduzioni predittive di tipo Sì/No, ma non è in grado di spiegare perché (Musacchio et al. 2018). Essa non filtra i dati che elabora e non è dato sapere, se non dopo anni di studi dei processi di calcolo della macchina, perché essa abbia dato un certo output piuttosto che un altro, e quindi quali sono i dati utilizzati per prendere una certa decisione piuttosto che un'altra. Il problema di questo modello è, inoltre, il fatto che, finché la macchina fornisce agli scienziati i risultati che occorrono loro, non c'è nessuna ragione per cercare o per studiarne i processi di decisione. Questo non consente una comunicazione chiara ed efficace medico-paziente, in quanto anche il paziente che riceve una diagnosi, non riuscirebbe a sapere quali sono i fattori che hanno portato alla formulazione della stessa da parte dell'IA, fattori che per altro potrebbero essere non pertinenti allo stato di salute presente del paziente (Pizzetti et al 2023).

Problemi di personalizzazione dell'interazione

Questo tipo di sistema di addestramento, purtroppo, allena l'IA su dati intrinsecamente parziali, che la portano a riprodurre i pregiudizi razziali e di genere che esistono nella nostra società, poiché è da essa che desume i dati analizzati (Pizzetti and others 2023). In uno studio condotto negli USA (Larson et al., n.d.), un sistema chiamato COMPAS (Correctional Offender Management Profiling for Alternative Sanctions), è stato addestrato con l'obiettivo di dare il potere di prendere decisioni ad una AI. Lo studio ha esaminato più di 10.000 imputati criminali nella contea di Broward, in Florida, e confrontato i loro tassi di previsione di recidiva con il tasso effettivamente verificatosi in un periodo di due anni. Quando la maggior parte degli imputati vengono messi in prigione, rispondono a un questionario COMPAS. Le loro risposte vengono inserite nel software COMPAS per generare diversi punteggi, comprese le previsioni di "Rischio di recidiva" e "Rischio di recidiva violenta". Dall'analisi del COMPAS, gli scienziati hanno scoperto che gli imputati di colore avevano il doppio delle probabilità rispetto agli imputati bianchi di essere erroneamente classificati come a rischio più elevato di recidiva violenta, e i recidivi bianchi venivano classificati erroneamente come a basso rischio il 63,2% più spesso degli imputati di colore.

Problemi di Affidabilità

I Bias razziali descritti precedentemente, purtroppo, si possono verificare anche in macchine che sono addestrate a diagnosticare malattie gravi ("Study Reveals Why AI Models That Analyze Medical Images Can Be Biased — News.mit.edu," n.d.). Nel 2022, i ricercatori del MIT hanno riferito che i modelli di intelligenza artificiale possono fare previsioni accurate sulla razza di un paziente dalle radiografie del torace, qualcosa che i radiologi più esperti non possono fare. Quel gruppo di ricerca ha ora scoperto che i modelli più accurati nel fare previsioni demografiche mostrano anche le maggiori "lacune di equità", ovvero discrepanze nella loro capacità di diagnosticare con precisione immagini di persone di razze o generi diversi. I risultati suggeriscono che questi modelli potrebbero utilizzare

Nel modello IA, finché la macchina fornisce agli scienziati i risultati che occorrono loro, non c'è nessuna ragione per cercare o per studiarne i processi di decisione. Questo non consente una comunicazione chiara ed efficace medico-paziente, in quanto anche il paziente che riceve una diagnosi, non riuscirebbe a sapere quali sono i fattori che hanno portato alla formulazione della stessa, fattori che per altro potrebbero essere non pertinenti allo stato di salute presente del paziente

L'intelligenza emotiva è un'abilità che l'IA non possiede. Nell'ambito degli studi sulle Learning Machines, si è provato a usare un modello di IA già addestrato a simulare conversazioni, le CAI (Intelligenza Artificiale Conversazionale), con l'obiettivo di aiutare il soggetto a risolvere un problema. Questi modelli sono i Chatbot che sostituiscono il personale di assistenza clienti in alcune aziende

“scorciatoie demografiche” quando effettuano le loro valutazioni diagnostiche, che portano a risultati errati per donne, persone di colore e altri gruppi, dicono i ricercatori. Gli studiosi, inoltre, hanno scoperto che questi modelli non sempre funzionano bene in tutti i gruppi demografici, di solito vanno peggio per le donne e le persone di colore (“Study Reveals Why AI Models That Analyze Medical Images Can Be Biased — News.mit.edu,” n.d.). Ciò testimonia come un'IA non ha la capacità di discernere le informazioni in modo corretto e equo, come potrebbe fare un essere umano, poiché attraverso processi di estrapolazione statistica trova correlazioni significative con dati non pertinenti alla formulazione diagnostica per ottimizzare il percorso diretto allo scopo, che è fondamentalmente ciò per cui l'IA è stata progettata.

Problemi di ascolto attivo e risposta rapida

Durante il COVID, sono nate parecchie applicazioni per la gestione clinica del paziente via remoto. Tuttavia, per chi doveva affrontare o stava affrontando un percorso terapeutico in ambito psicologico, è stato necessario utilizzare piattaforme di comunicazione a distanza in modo che il paziente potesse rimanere in contatto visivo con il terapeuta. La relazione terapeutica con il medico, soprattutto se presenta indici alti di intelligenza emotiva, è un fattore correlato positivamente con migliori outcome terapeutici, miglior compliance nei pazienti, e minor numero di episodi di drop-out (Kaplowitz, Safran, and Muran 2011). Ovviamente, l'intelligenza emotiva è un'abilità che l'IA non possiede. McCarthy e colleghi (Sedlakova 2024) nell'ambito degli studi sulle Learning Machines, hanno provato ad usare un modello di IA già addestrato a simulare conversazioni, le CAI (Intelligenza Artificiale Conversazionale) con l'obiettivo di aiutare il soggetto a risolvere un problema. Questi modelli sono i Chatbot che si trovano a sostituire il personale di assistenza clienti in alcune aziende. Questa descrizione dà già un'idea di una delle principali narrazioni riguardanti questa tecnologia. CAI è stata sviluppata con caratteristiche simili a quelle umane e con l'obiettivo di emulare caratteristiche e abilità umane come intelligenza, ragionamento o empatia e nel contesto della salute mentale e del benessere è spesso descritta come “terapeuta digitale”. Come conseguenza di ciò, gli utenti sono incoraggiati a formare una relazione terapeutica con essa e a comprendere le loro esperienze con CAI in modo simile a un'esperienza con un essere umano. Tuttavia lo studio ha evidenziato come, a causa della natura interattiva dell'utilizzo, gli utenti tendono a fidarsi eccessivamente di questa tecnologia e dei consigli che potrebbe dare loro (Chow, Sanders, and Li 2023). Ciò è problematico prima di tutto perché le risposte di CAI dipendono dalla formulazione del problema o delle domande (Dowling 2023) e non tengono conto delle variabili circostanziali e dello stato di salute in generale del paziente. Inoltre, è accaduto che CAI abbia fornito consigli sulla salute sbagliati e dannosi, così come è accaduto alla National Eating Disorders Association, che ha dovuto mettere offline il suo chatbot, Tessa, perché forniva agli utenti risposte dannose.

Problemi in Empatia e il fenomeno dell'Uncanny Valley

Se la sostituzione della figura professionale, soprattutto psicologo, con un Chatbot presenta aspetti problematici riguardo l'eccessivo affidamento da parte degli utenti, c'è un altro fenomeno che risulterebbe dannoso per il paziente stesso e controproducente per l'alleanza terapeutica eventualmente raggiunta dal Chatbot: viene chiamato Uncanny Valley. Esso è il fenomeno per cui gli esseri umani provano estremo disagio nel vedere rappresentazioni della realtà quasi, ma non perfettamente, realistiche. La ricerca analizza sperimentalmente come la sensazione di familiarità e di piacevolezza sperimentata da un campione di persone e generata da un'IA possa aumentare col crescere della somiglianza con la figura umana, fino ad un punto in cui l'estremo realismo rappresentativo produce un brusco calo delle reazioni emotive positive, a causa della non realistica, destando al contrario sensazioni spiacevoli come repulsione e inquietudine paragonabili al perturbamento (Lierop 2021; Ciechanowski et al. 2019).

Problemi con il rispetto della Privacy

In materia di Protezione dei dati invece, sin dai primi tentativi di applicazione delle tecnologie d'intelligenza artificiale ai trattamenti di dati personali, il Garante ha evidenziato il rischio insito nell'affidare la vita e la privacy di persone fisiche a processi di decisione automatizzata basati sulla lettura e l'elaborazione algoritmica di dati e meta-dati. Il GDPR Europeo si è espresso richiedendo, nella vigenza del Codice pre-novella del 2018, che qualsiasi decisione frutto di modelli predittivi IA che possa avere delle implicazioni "legali" debba avere anche una spiegazione esplicita, debbano essere quindi modelli trasparenti e non debbano quindi essere basati su un modello Black Box: "Le persone hanno il diritto di non essere soggette a decisioni basate esclusivamente su processi automatizzati" e ancora: "I processi decisionali completamente automatizzati dovrebbero essere soggetti a salvaguardie, che dovrebbero includere informazioni specifiche da fornire alla persona interessata e al suo diritto di ottenere un intervento umano, di esprimere il suo punto di vista e di ottenere una spiegazione della decisione presa – in base a quali valutazioni – e di poter quindi contestare tale decisione" (Musacchio et al. 2018). Nel resoconto dell'intervento di Ginevra Cerrina Feroni, vice Presidente del Garante per la protezione dei dati personali del 2023, si legge: "nel 2021, però, dopo la Risoluzione del Parlamento europeo sull'intelligenza artificiale, con la presentazione del Regolamento sull'Intelligenza artificiale si è compiuto un passaggio decisivo. La proposta è quella di accogliere con favore l'approccio basato sul rischio, ma di accertarsi che la natura e il grado rischio per i diritti fondamentali sia uniformato ai parametri del GDPR e del Regolamento 2018/1725" ("Intelligenza Artificiale E Ruolo Della Protezione Dei Dati Personali. L'analisi Di Ginevra Cerrina Feroni (Garante Privacy) — Garanteprivacy.it," n.d.).

I processi decisionali completamente automatizzati dovrebbero essere soggetti a salvaguardie, incluse le informazioni specifiche da fornire alla persona interessata, che ha il diritto di ottenere un intervento umano, di esprimere il suo punto di vista, di ottenere una spiegazione della decisione presa e di poterla quindi contestare

Problemi nella collaborazione con professionisti umani

In uno studio del 2023 un gruppo di ingegneri e dottorandi delle Università di New York e del Michigan, hanno redatto una review in cui disquisiscono sul modo in cui viene influenzata l'accuratezza diagnostica quando ai medici vengono forniti modelli di intelligenza artificiale (AI) con spiegazioni di modelli di intelligenza artificiale basati su immagini (Jabbour et al. 2023). Poiché, come abbiamo spiegato in precedenza, il problema delle intelligenze artificiali sono i bias di automazione e di correlazione, la conclusione di questa ricerca è ovviamente quella aspettata. Si legge infatti che l'intelligenza artificiale (AI) potrebbe supportare i medici nella diagnosi dei pazienti ospedalizzati; tuttavia, i bias sistematici nei modelli di intelligenza artificiale potrebbero peggiorare l'accuratezza diagnostica del medico. Recenti orientamenti normativi, hanno richiesto che i modelli di intelligenza artificiale includano spiegazioni per mitigare gli errori commessi dai modelli, ma l'efficacia di questa strategia non è stata stabilita.

Un esempio di supporto digitale efficiente: Il follow-up sanitario digitale

Quando si tratta di malattie che persistono o di altre condizioni che richiedono un continuo controllo da parte di uno specialista, il follow-up digitale è particolarmente efficace. Questa soluzione può aiutare i professionisti sanitari a migliorare le visite di controllo successive e ottimizzare l'impiego del loro tempo, ad esempio facendo visite mediche da remoto utilizzando i servizi di telemedicina (Haleem et al. 2021). Inoltre, consente di avviare percorsi di prevenzione e facilita la diagnosi rapida, il monitoraggio dei sintomi e dell'evoluzione della malattia senza dover incontrare personalmente il paziente (Senbekov et al. 2020).

Negli ultimi anni, il follow-up sanitario da remoto ha acquisito anche la forma di app digitali di facile fruizione, che consentono al paziente di essere seguito nel monitoraggio e nell'evoluzione della propria condizione sanitaria, ad esempio attraverso la raccolta di informazioni sullo stato di salute, l'uso di promemoria per l'assunzione di farmaci, il monitoraggio dei sintomi e la prenotazione di appuntamenti (Senbekov et al. 2020).

Negli ultimi anni, il follow-up sanitario da remoto ha acquisito anche la forma di app digitali di facile fruizione, che consentono al paziente di essere seguito nel monitoraggio e nell'evoluzione della propria condizione sanitaria, ad esempio attraverso la raccolta di informazioni sullo stato di salute, l'uso di promemoria per l'assunzione di farmaci, il monitoraggio dei sintomi e la prenotazione di appuntamenti. L'Applicazione, come strumento per il follow-up digitale, è un sistema di elaborazioni dati che segue la programmazione del professionista (umano) che l'ha creato, sotto la supervisione degli specialisti che ne usufruiscono nella loro pratica clinica di gestione a distanza del paziente

L'Applicazione, come strumento per il follow-up digitale, è un sistema di elaborazioni dati che segue la programmazione del professionista (umano) che l'ha creato, sotto la supervisione degli specialisti che ne usufruiscono nella loro pratica clinica di gestione a distanza del paziente. Essa si configura quindi più come un assistente alla comunicazione, che come un agente semiautonoma che prende decisioni terapeutiche sul paziente, al posto dello specialista preposto, senza peraltro fornire spiegazioni sul ragionamento alla base della decisione. Il follow-up digitale, grazie a queste applicazioni, consente di mantenere un contatto con il paziente in modo semplice e immediato attraverso un canale di comunicazione a distanza strutturato e protetto. In particolare, consente di: verificare rapidamente alcuni parametri dello stato di salute del paziente in totale sicurezza senza muoversi dal proprio studio o domicilio; ottimizzare i tempi di lavoro e ridurre le code in ambulatorio; fornire informazioni sulle condizioni di salute del paziente; fornire un'assistenza più centrata sulla persona utilizzando tecnologie digitali già utilizzate quotidianamente come le videochiamate, che aiutano a creare un legame terapeutico tra il medico e il paziente; rispondere rapidamente ai bisogni di salute del paziente; rassicurare il paziente dopo la visita offrendo chiarimenti o prescrizioni mediche per aumentare la consapevolezza del paziente relativamente alla gestione delle proprie cure e aumentare la fiducia. In questo modo sarà più facile rimanere in contatto e relazionarsi con il proprio paziente per i controlli successivi, garantendo la continuità delle cure indipendentemente dal luogo in cui ci si trova. Inoltre, il follow-up digitale renderà accessibili le visite da remoto anche a pazienti fragili, vulnerabili o con difficoltà motorie (Senbekov et al. 2020).

Anche questa forma di supporto digitale deve possedere le competenze relazionali e comunicative descritte in precedenza. Di seguito sono riportati alcuni esempi rappresentativi di come dovrebbero comunicare le app di follow-up digitale.

Per quanto riguarda la *chiarezza comunicativa*, l'app deve usare sempre un linguaggio semplice e comprensibile in modo che il paziente possa comprendere senza difficoltà e con precisione le istruzioni fornite (Morrow et al. 2023). Ad esempio, invece di utilizzare frasi con termini tecnici quale "Assumere per via orale 20 mg di simvastatina una volta al giorno", è più opportuno comunicare nel seguente modo: "Prendi una compressa di simvastatina ogni sera" ("Simvastatina; AMD Aemmedi.it," n.d.).

In ugual modo, la *personalizzazione dell'interazione* avviene tramite l'adattamento di messaggi e notifiche alle esigenze del paziente, alle sue condizioni e alle sue preferenze di comunicazione (Morrow et al. 2023).

Ad esempio, nel caso in cui il paziente sia un soggetto diabetico, il promemoria dovrà contenere indicazioni specifiche riguardanti la sua condizione, come: "Ciao! È il momento di controllare la tua glicemia!"

L'*affidabilità* richiede che siano opportunamente comunicate le fonti della letteratura da cui sono tratte le indicazioni terapeutiche e le attività raccomandate, prendendo come punto di riferimento il modulo del consenso informato, che può essere presentato al paziente in formato digitale (Weinstein et al. 2014)

L'*ascolto attivo* deve essere dimostrato tramite l'offerta di canali in cui i pazienti possano formulare domande, esprimere dubbi e preoccupazioni, a cui rispondere il prima possibile (Morrow et al. 2023). Ad esempio, nel caso in cui un paziente riferisca di aver sperimentato un effetto collaterale a seguito dell'assunzione di un farmaco, l'app potrebbe rispondere in questo modo: "Grazie per averci informato. Stai sperimentando il sintomo segnalato? Ti consigliamo di contattare il tuo medico. Vuoi che ti aiutiamo a fissare un appuntamento?"

L'*empatia digitale* si esprime attraverso messaggi di supporto, rassicurazione ma anche di incoraggiamento (McCabe and Timmins 2013).

Ad esempio, nel caso in cui l'utente si dimentichi di seguire una prescrizione o un'attività raccomandata, l'app potrebbe inviare un messaggio che contenga frasi quali: "Sappiamo che può essere difficile seguire il piano di cura ma siamo qui per aiutarti e sostenerti. Hai bisogno di qualche consiglio o supporto?"; e frasi che celebrino i progressi e forniscano un incoraggiamento costante, quali: "Ottimo lavoro! Hai completato le attività prescritte, continua così!"

Il *rispetto della privacy* richiede che sia comunicata la modalità con cui proteggere la riservatezza dei dati del paziente, che il paziente può sottoscrivere. Tale

comunicazione potrebbe avvenire tramite messaggi che informino e ricordino all'utente di utilizzare l'autenticazione a due fattori per proteggere i propri dati sensibili ((Weinstein et al. 2014).

La *collaborazione con professionisti umani* si attua nella necessaria e costante supervisione umana e nel fornire i contatti dei medici e degli operatori sanitari, consigliando ai pazienti quando è opportuno rivolgersi al professionista e fornendo un accesso rapido e diretto alla prenotazione di prestazioni e al contatto di assistenza o emergenza (Morrow et al. 2023).

Conclusioni

In conclusione, le competenze relazionali e comunicative sono indispensabili nell'era della sanità digitale. Questa presenta indubbiamente dei vantaggi ed è una risorsa nella gestione e nell'offerta dei servizi sanitari, ma è fondamentale che la presenza e la supervisione dell'essere umano rimangano al centro di questi processi.

Nonostante i numerosi tentativi di addestrare macchine e IA a fare diagnosi e prendere decisioni, la presenza e il discernimento dell'essere umano risultano essere imprescindibili per il corretto funzionamento della macchina.

Con l'aumentare della complessità dei sistemi di IA (e della difficoltà di comprensione degli stessi da parte degli esseri umani), le persone esperte di IA stanno addirittura chiedendo a chi li sviluppa di fare un passo indietro e concentrarsi su come e perché un sistema produca determinati risultati, più che sul fatto che il sistema sia in grado di farlo e con quale rapidità (Pizzetti and others 2023). "Se tutto ciò che abbiamo è una 'scatola nera', è impossibile comprendere le cause di un errore e migliorare la sicurezza del sistema," scrive Roman V. Yampolskiy, professore di informatica all'Università di Louisville, in un paper intitolato "Unexplainability and Incomprehensibility of Artificial Intelligence (Yampolskiy, 2019)." "In aggiunta, se accettiamo risposte da un'IA senza spiegazioni, trattandola come un oracolo, non riusciremo più a capire se le risposte che offre sono sbagliate o manipolatorie."

Finché i modelli predittivi di IA non saranno trasparenti (Musacchio et al. 2018) è impensabile affidare ad una macchina che non ha discernimento, capacità di empatia, flessibilità e capacità di personalizzazione dei propri output in base agli utenti che ne usufruiscono, l'autonomia di prendere decisioni rispetto alla salute di un essere umano.

Solo attraverso un'attenta e calibrata integrazione tra le competenze tecnologiche e quelle relazionali è possibile offrire un'assistenza sanitaria efficiente e che rispecchi realmente le esigenze dei pazienti, che sono prima di tutto esseri umani.

*Psicologa

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- "APA Psychology Dictionary.apa.org." n.d. <https://dictionary.apa.org/artificial-intelligence>.
- Chow, James CL, Leslie Sanders, and Kay Li. 2023. "Impact of Chatgpt on Medical Chatbots as a Disruptive Technology." *Frontiers in Artificial Intelligence* 6: 1166014.
- Ciechanowski, Leon, Aleksandra Przegalinska, Mikolaj Magnuski, and Peter Gloor. 2019. "In the Shades of the Uncanny Valley: An Experimental Study of Human-Chatbot Interaction." *Future Generation Computer Systems* 92: 539-48.
- Di Martino, Assunta, and others. 2022. *Intelligenza Artificiale E Responsabilità Civile in Ambito Sanitario*. Giuffrè Francis Lefebvre.
- Dowling, Renee. 2023. "Medical Decision Making Simplified in 2023-Diagnoses Addressed." *Physicians Practice*, NA-NA.
- Durkin, Joanne, Debra Jackson, and Kim Usher. 2021. "The Expression and Receipt of Compassion Through Touch in a Health Setting: a Qualitative Study." *Journal of Advanced Nursing* 77 (4): 1980-91.
- Fuertes, Jairo N, Alexa Mislowack, Jennifer Bennett, Laury Paul, Tracey C Gilbert, Gerardo Fontan, and Laura S Boylan. 2007. "The Physician-Patient Working Alliance." *Patient Education and Counseling* 66 (1): 29-36.

Finché i modelli predittivi di IA non saranno trasparenti è impensabile affidare a una macchina che non ha discernimento capacità di empatia, flessibilità, di personalizzazione dei propri output, prendere autonome decisioni sulla salute di un essere umano

Haleem, Abid, Mohd Javaid, Ravi Pratap Singh, and Rajiv Suman. 2021. "Telemedicine for Healthcare: Capabilities, Features, Barriers, and Applications." *Sensors International* 2: 100117.

"Intelligenza Artificiale E Ruolo Della Protezione Dei Dati Personali. L'analisi Di Ginevra Cerrina Feroni (Garante Privacy) — Garanteprivacy.it." n.d. <https://www.garanteprivacy.it/home/docweb/-/docweb-display/docweb/9855742>.

Jabbour, Sarah, David Fouhey, Stephanie Shepard, Thomas S Valley, Ella A Kazerooni, Nikola Banovic, Jenna Wiens, and Michael W Sjoding. 2023. "Measuring the Impact of Ai in the Diagnosis of Hospitalized Patients: A Randomized Clinical Vignette Survey Study." *Jama* 330 (23): 2275–84.

Kaplowitz, Matthew J, Jeremy D Safran, and Chris J Muran. 2011. "Impact of Therapist Emotional Intelligence on Psychotherapy." *The Journal of Nervous and Mental Disease* 199 (2): 74–84.

Kumar, Himanshu, and A Martin. 2023. "Artificial Emotional Intelligence: Conventional and Deep Learning Approach." *Expert Systems with Applications* 212: 118651.

Larson, Jeff, Julia Angwin, Lauren Kirchner, and Surya Mattu. n.d. "How We Analyzed the COMPAS Recidivism Algorithm — Propublica.org." <https://www.propublica.org/article/how-we-analyzed-the-compas-recidivism-algorithm>.

Lierop, CM van. 2021. "The Uncanny Valley: The Paradoxical Effects of Enhancing the Human-Likeness of Customer Support Chatbots on Perceived Trust and Satisfaction." Master's Thesis Communication and Information Science Specialisation Business Communication and Digital Media - School of Humanities and Digital Sciences Tilburg University, Tilburg.

Mast, Marianne Schmid. 2007. "On the Importance of Nonverbal Communication in the Physician-Patient Interaction." *Patient Education and Counseling* 67 (3): 315–18.

McCabe, Catherine, and Fiona Timmins. 2013. *Communication Skills for Nursing Practice*. Bloomsbury Publishing.

Morrow, Elizabeth, Teodor Zidaru, Fiona Ross, Cindy Mason, Kunal D Patel, Melissa Ream, and Rich Stockley. 2023. "Artificial Intelligence Technologies and Compassion in Healthcare: A Systematic Scoping Review." *Frontiers in Psychology* 13: 971044.

Musacchio, N, G Guaita, A Ozzello, MA Pellegrini, P Ponzani, R Zilich, and A De Micheli. 2018. "Intelligenza Artificiale E Big Data in Ambito Medico: Prospettive, Opportunità, Criticità." *JAMD* 21 (3): 1.

Pizzetti, FEDERICO GUSTAVO, and others. 2023. "Consulta Scientifica Del Cortine Dei Gentili, Intelligenza Artificiale: Distingue Frequenter, Cnr Edizioni, 2023." *FUTURE OF SCIENCE AND ETHICS* 8: 125–26.

Sedlakova, Jana. 2024. "Conversational Ai for Psychotherapy and Its Role in the Space of Reason." *Cosmos+Taxis*.

Senbekov, Maksut, Timur Saliev, Zhanar Bukeyeva, Aigul Almabayeva, Marina Zhanaliyeva, Nazym Aitenova, Yerzhan Toishibekov, and Ildar Fakhradiyev. 2020. "The Recent Progress and Applications of Digital Technologies in Healthcare: A Review." *International Journal of Telemedicine and Applications* 2020 (1): 8830200.

"Simvastatina; AMD Aemmedi.it." n.d. <https://aemmedi.it/farmaci/simvastatina/>.

"Study Reveals Why AI Models That Analyze Medical Images Can Be Biased — News.mit.edu." n.d. <https://news.mit.edu/2024/study-reveals-why-ai-analyzed-medical-images-can-be-biased-0628>.

Weinstein, Ronald S, Ana Maria Lopez, Bellal A Joseph, Kristine A Erps, Michael Holcomb, Gail P Barker, and Elizabeth A Krupinski. 2014. "Telemedicine, Telehealth, and Mobile Health Applications That Work: Opportunities and Barriers." *The American Journal of Medicine* 127 (3): 183–87.

Yampolskiy, Roman V. 2019. "Unexplainability and Incomprehensibility of Artificial Intelligence." arXiv Preprint arXiv:1907.03869.

Relational competence and communication skills in the age of digital healthcare

It is important that the relationship between the patient and the physician or therapist should respect and comply with certain rules of communication. This is particularly true in a time when the progress of digital applications and AI devices makes it necessary to adopt techniques able to integrate verbal and non verbal communication. Only the presence and supervision of the (human) professional can guarantee a really trustworthy and effective working alliance with the patient.

Keywords: Communication, trust, language

link

■ strumenti

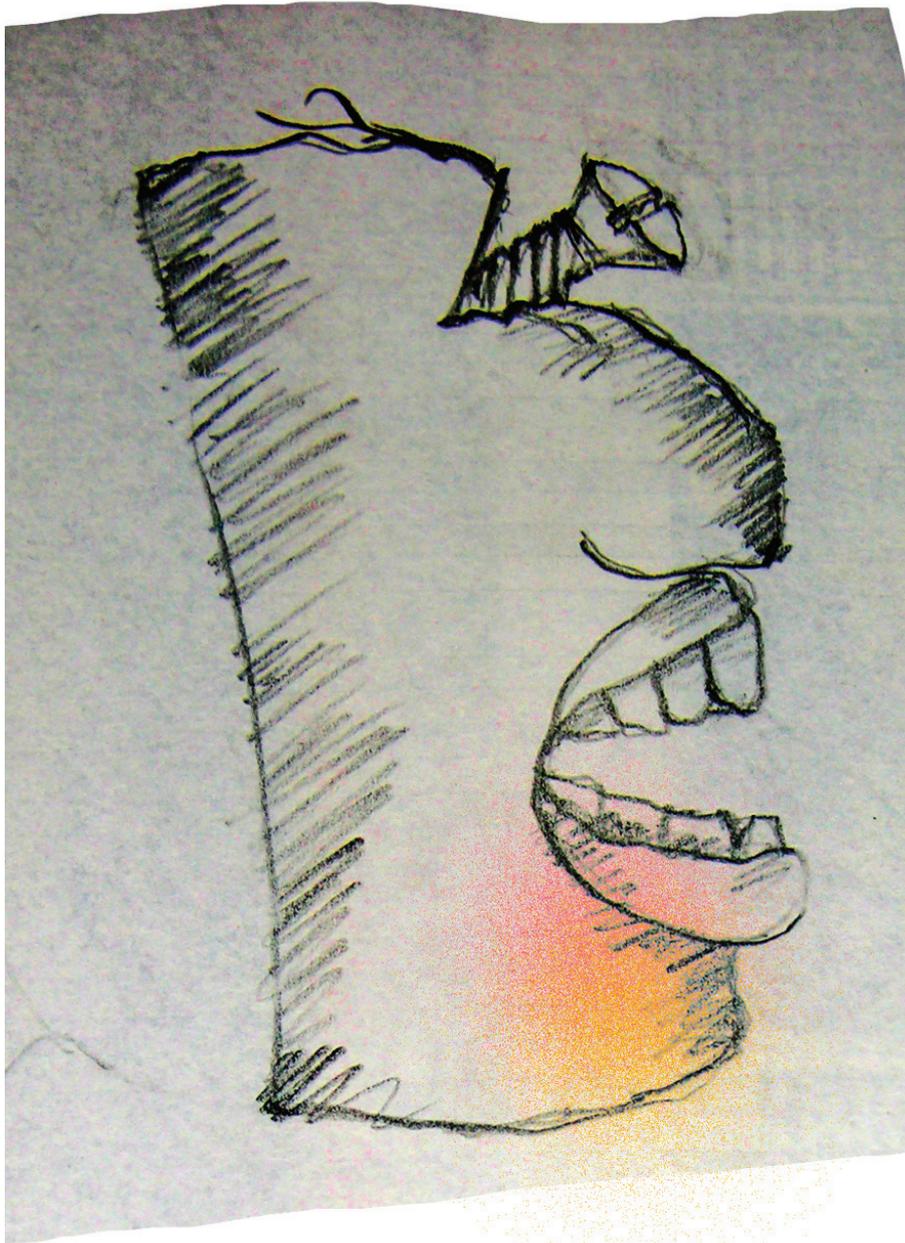


ILLUSTRAZIONE ANDREA ROSSO

La psicologia delle catastrofi: l'esperienza sul campo del Trauma Center Psicologico dell'A.O. "Santa Croce e Carle" di Cuneo

The psychology of catastrophes: the field experience of the Psychological Trauma Center of the A.O. "Santa Croce e Carle" - Cuneo

MAURA ANFOSSI¹, MARCO CAVALLO ^{2*}, GEMMA FALCO¹, CRISTINA GIORDANA¹, ARIANNA PIACENZA¹, ANDREA PASCALE¹

Parole-chiave: EMDR, équipe, psicologia delle catastrofi, stabilizzazione, trauma.

Vengono illustrate l'esperienza del Trauma Center (TC) psicologico dell'AO "Santa Croce e Carle" di Cuneo, le radici epistemologiche e teoriche del lavoro svolto dagli psicologi del TC che si riconducono alla metodologia della medicina delle catastrofi e della psicotraumatologia e ci si sofferma sul concetto di trauma psicologico. Viene presentato il modello adottato dal TC di Cuneo, utilizzato ormai da un decennio dagli psicologi che vi operano per intervenire tempestivamente aiutando le persone colpite da un evento catastrofico o da un trauma sanitario ad affrontare l'evento nel miglior modo possibile e tornare a una condizione di vita sostenibile. L'illustrazione di un caso clinico permetterà di cogliere le diverse sfumature metodologiche e cliniche con cui viene svolto "sul campo" un intervento in accordo a tale modello. Viene evidenziata l'importanza di disporre di un TC psicologico operante sia in ospedale sia sul territorio e si sottolinea la necessità di valutare sia da un punto di vista qualitativo che quantitativo i risultati degli interventi psicologici implementati in questo specifico contesto, al fine di monitorarne l'efficacia e la stabilità nel corso del tempo

1. La psicologia delle catastrofi

La psicologia delle catastrofi ha le sue radici nella medicina delle catastrofi. Dal Compendio di medicina delle Grandi Emergenze (Bariona et al., 2008) si evince come la medicina delle catastrofi si sia imposta nel mondo culturale scientifico negli ultimi vent'anni. L'obiettivo di questa disciplina è fornire la miglior

assistenza sanitaria possibile alle persone coinvolte in una catastrofe, nonostante la numerosità delle vittime e l'eccezionalità dell'evento.

La catastrofe è un evento inatteso e improvviso che determina gravi danni. È possibile classificare le catastrofi in base al loro fattore scatenante: catastrofi naturali (fenomeni geologici, eventi meteorologici e fenomeni idrologici), catastrofi tecnologiche o antropiche (collasso dei sistemi tecnologici, incidenti nei trasporti, incidenti rilevanti in attività industriali e crolli di edifici), catastrofi conflittuali e sociologiche (atti terroristici, epidemie e carestie).

I disastri, siano essi di origine naturale o causati dall'uomo, possono essere distinti (rif. Gazzetta Ufficiale n. 126 del 12 maggio 2001) in base alla loro entità in: eventi catastrofici a effetto limitato ed eventi catastrofici che travalicano le potenzialità di risposta delle strutture locali.

Si potrebbe inoltre definire la catastrofe come una situazione in cui grandi concentrazioni di persone sono coinvolte in eventi a forte impatto mediatico, che ne amplificano in tempo reale la portata. È proprio questo aspetto, caratteristico e crescente in questi ultimi anni, che ha portato al sorgere di questa disciplina perché, come affermato nel Compendio: "il senso di vulnerabilità e di paura aumenta anche a causa dei moderni mezzi di comunicazione".

Il focus principale della medicina delle catastrofi è quello di trovare risposte adeguate in termini di appropriatezza quando vi è una sproporzione tra richieste e risorse. Per gestire questo sbilanciamento, ottimizzando le risorse disponibili, è necessario che vi sia una disciplina rigorosa che prevenga ogni tipo di dispersione di energie e codifichi un metodo efficace da seguire.

A livello internazionale, lo standard di riferimento metodologico è il MIMMS: *Major Incident Medical Management and Support*. Il MIMMS è il linguaggio comune per tutte le funzioni coinvolte nel soccorso. Si basa su quattro principi fondamentali: il primo è l'integrazione delle varie funzioni sanitarie e altre forze istituzionali, tra cui le forze dell'ordine, i vigili del fuoco, la Protezione civile, il soccorso alpino e le associazioni di volontariato. È quindi fondamentale che queste funzioni collaborino in modo efficace e coordinato. Il secondo principio è la preparazione, in modo da pianificare in anticipo la risposta a un evento catastrofico, per essere pronti a intervenire in modo efficiente e tempestivo. Il terzo principio è l'adeguamento alle procedure standard che hanno dimostrato la loro efficacia in situazioni simili. Il quarto principio, infine, è quello della sicurezza dei soccorritori e delle vittime, considerata la priorità assoluta.

Nelle catastrofi, l'impegno etico fondamentale è la motivazione unita alla solidarietà e il principio operativo principale ruota intorno alla flessibilità e capacità di adattamento allo specifico contesto in cui si sta per operare. La medicina delle catastrofi ha formalizzato la procedura denominata CSCATTT come linea di indirizzo di riferimento per l'intervento in caso di evento catastrofico, che prevede i seguenti passaggi:

1. *Command & Control*: definizione di una catena di comando e di un'organizzazione del lavoro.
2. *Safety*: messa in sicurezza della scena dell'evento e delle persone coinvolte.
3. *Communication*: comunicazione efficace tra le diverse funzioni coinvolte.
4. *Assessment*: valutazione della situazione e delle necessità.
5. *Triage*: assegnazione delle priorità di intervento sanitario.
6. *Treatment*: trattamento e cura delle vittime.
7. *Transport*: trasporto delle vittime in strutture idonee.

Dal punto di vista legislativo la legge N.225 del 1992 sancisce la nascita del Servizio Nazionale della Protezione Civile, con il compito di "tutelare l'integrità della vita, i beni, gli insediamenti e l'ambiente dai danni o dal pericolo di danni derivanti da calamità naturali, da catastrofi e altri eventi calamitosi". Successivamente la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 13 giugno 2006, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 200 del 29 agosto 2006, in ordine ai "Criteri di massima sugli interventi psico-sociali da attuare nelle catastrofi" ha adottato i seguenti indirizzi operativi, il cui contenuto è così suddiviso: rete organizzativa (articolata in strutture di riferimento e risorse umane dedicate), destinatari degli interventi e scenari d'azione. Da tali premesse legislative scaturisce l'esigenza di fronteggiare i bisogni psico-sociali che si manifestano a seguito di eventi catastrofici attraverso

Si potrebbe definire la catastrofe come una situazione in cui grandi concentrazioni di persone sono coinvolte in eventi a forte impatto mediatico, che ne amplificano in tempo reale la portata. È proprio questo aspetto, caratteristico e crescente in questi ultimi anni, che ha portato al sorgere di questa disciplina perché "il senso di vulnerabilità e di paura aumenta anche a causa dei moderni mezzi di comunicazione"

Le catastrofi possono produrre sugli individui effetti di lunga durata e mettere a dura prova le capacità di reazione e di adattamento sia del singolo individuo che dell'intera comunità. Si assiste infatti in questi casi al venir meno delle risorse di autoprotezione, normalmente presenti in un gruppo di individui che condividono le stesse abitudini di vita

interventi a sostegno delle vittime prestando massima attenzione ai problemi di ordine psichico che possono manifestarsi nelle popolazioni colpite e sui loro soccorritori.

Le reazioni psicologiche alle catastrofi possono essere molteplici e possono variare a seconda della gravità dell'evento, della personalità dell'individuo e della sua storia personale. Tra le reazioni più comuni si possono annoverare: shock, confusione e disorientamento. I disturbi psicologici che si manifestano maggiormente sono: ansia, depressione e disturbo post traumatico da stress (DPTS). Le catastrofi possono produrre sugli individui effetti di lunga durata e mettere a dura prova le capacità di reazione e di adattamento sia del singolo individuo che dell'intera comunità. Si assiste infatti in questi casi al venir meno delle risorse di autoprotezione, normalmente presenti in un gruppo di individui che condividono le stesse abitudini di vita, e pertanto è necessario che gli interventi psico-sociali adottati tengano in massima considerazione le caratteristiche specifiche del territorio, della comunità che lo abita e dell'evento accaduto.

L'intervento psicologico è fondamentale per aiutare le persone colpite da un evento catastrofico a superare le reazioni mentali destabilizzanti, a proteggere l'individuo (o il gruppo) rispetto all'eventuale insorgenza di un DPTS, e a ripristinare in tempi relativamente brevi uno stato di omeostasi fisica ed emozionale necessaria per il recupero delle attività quotidiane. Questo processo di guarigione e recupero, pertanto, prevede che il corpo ritorni alla normalità dopo lo stato di iperattivazione elevata che ha sperimentato durante l'emergenza: gli allarmi interni si possono spegnere, gli alti livelli di energia si attenuano e l'organismo può tornare ad un livello di equilibrio e stabilità.

Quanto sopra descritto si costruisce attraverso un graduale percorso che va da un iniziale intervento di stabilizzazione emozionale (il paziente deve essere messo in sicurezza anche dal punto di vista psicologico), ad un successivo avvio di elaborazione, che favorisca lo sblocco dei meccanismi di ipervigilanza e evitamento, e agevoli la ripresa del normale flusso di pensieri, emozioni e comportamenti.

Anche i soccorritori sono a rischio di sviluppare uno stress che può evolvere in un trauma vicario, ovvero lo stato di traumatizzazione conseguente a un soccorso che ha attivato una reazione estremamente intensa e che ha superato la soglia di tolleranza psichica. Il trauma vicario induce reazioni di evitamento del luogo e di tutto ciò che è collegato all'evento traumatico, iperattivazione fisica con reazioni di sudorazione, tachicardia, interferenza sul ritmo sonno-veglia e sull'alimentazione e intrusività dei ricordi. Nelle ore successive all'intervento è quindi indicato per il benessere psichico e la prevenzione del DPTS attivare momenti di debriefing, ossia l'analisi e la discussione collegiale di aspetti tecnici dell'intervento in atto, e di defusing: momento di gruppo in cui vengono esplicitati e affrontati i vissuti emozionali, riflettendo sulla fatica sperimentata a vari livelli. Qualora sia presente il rischio di sviluppare un trauma vicario, è consigliato dalla maggior parte delle organizzazioni e delle società scientifiche l'approccio EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), in quanto permette di rielaborare rapidamente i ricordi traumatici e superare le reazioni di evitamento e iperattivazione, favorendo una rielaborazione adattiva dei ricordi traumatici.

2. Il trauma

Diverse evidenze scientifiche sono concordi nell'affermare che negli esseri umani le esperienze traumatiche possano contribuire allo sviluppo di disturbi mentali (Feder et al., 2009). Le più attuali classificazioni nosografiche per l'inquadramento diagnostico dei disturbi dello spettro post-traumatico sono contenute nell'ultima revisione del manuale *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)* (APA, 2022) e nell'*International Classification of Diseases 11th Edition (ICD-11)* (WHO, 2018). La novità più rilevante introdotta nella più recente edizione dell'ICD è il riconoscimento del disturbo da stress post-traumatico complesso come diagnosi distinta dal *Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)* (WHO, 2018). Viene definito 'trauma complesso' quell'insieme di sintomi che esitano da traumi cumulativi interpersonali vissuti nel corso dello sviluppo:

storie di abuso e maltrattamento ripetuto in famiglia, grave trascuratezza e abbandono, condizioni di tortura e prigionia. Alcuni autori (Danieli, 2007; Hoshmand, 2007; Marsella, 2010) invitano i clinici a prestare la giusta attenzione poiché i sintomi correlati al trauma possono manifestarsi in modo differente nelle diverse culture.

Studi di risonanza magnetica strutturale eseguiti su persone traumatizzate, sia bambini che adulti, hanno rivelato anomalie in numerose regioni cerebrali (Rinne-Albers et al., 2013; Vyshka et al., 2023). Nello specifico sembrerebbero coinvolte: l'amigdala, l'ippocampo, la corteccia cerebrale e il sistema limbico nel suo complesso (Ben-Zion et al., 2023). L'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (Hypothalamic-Pituitary-Adrenal, HPA) svolgerebbe un ruolo rilevante nelle risposte allo stress e sembrerebbero essere coinvolti diversi neurotrasmettitori, come la serotonina e alcuni aminoacidi (Engel et al., 2022).

Considerata la varietà di eventi potenzialmente traumatici e la loro possibile differenziazione per natura, intensità, frequenza, fattori concorrenti e ricaduta psicologica, nel mondo scientifico non si è ancora concordi su una classificazione univoca. In generale, la letteratura finora disponibile sembra confermare l'esistenza di due profili di sintomi post-traumatici (uno semplice e uno complesso), principalmente distinguibili per il tipo e la durata del trauma che li precede e per la sintomatologia più ampia e pervasiva nel caso del trauma complesso (Brewn et al., 2017). Per facilità di comprensione si può anche utilizzare la distinzione in due macrocategorie che comprendono i traumi con la "T" maiuscola (o grandi traumi) e i traumi con la "t" minuscola (o piccoli traumi/traumi cumulativi) (Montano & Borzi, 2022). I primi, i grandi traumi, fanno riferimento a esperienze traumatiche di natura estrema, accidentali e isolate, come catastrofi, incidenti o violenze, che la persona possa aver subito direttamente o come testimone. I secondi, i piccoli traumi, sono esperienze traumatiche meno estreme, maturate in ambiente di sviluppo, il cui potenziale traumatico è dato proprio dall'essere ripetute e costanti nel tempo.

Sebbene si stia facendo riferimento al trauma psichico, oggi è ampiamente riconosciuto in letteratura che danni di tipo fisico possano risultare traumatici anche sul piano psicologico (Montano & Borzi, 2022). Secondo la definizione data da Herman "il trauma psichico è il dolore degli impotenti. Nel momento del trauma la vittima è resa inerme da una forza soverchiante" (Lewis Herman, 2005, p.51). A tal riguardo, è opportuno evidenziare il ruolo della percezione di impotenza da parte della persona che vive il trauma: anche se l'evento può presentare evidenti caratteristiche di gravità, la sua rilevanza è sempre definita in relazione alle capacità del soggetto di sostenerne le conseguenze. Il concetto di finestra di tolleranza è stato introdotto da Siegel per spiegare come funzioni la disregolazione emotiva. La finestra di tolleranza permette di visualizzare come il tono dell'arousal (livello di attivazione) subisca fluttuazioni prodotte dall'ambiente e dallo stato interno di un individuo (Siegel, 2001). Montano e Borzi (2022) definiscono la resilienza, in ambito psicologico, come la capacità umana di adattarsi positivamente di fronte a esperienze avverse, fonti di stress ed eventi traumatici. La resilienza permette all'individuo di sviluppare la percezione di avere un ruolo attivo e di non precipitare nella sensazione di impotenza, di resa o di passività, davanti alle avversità della vita (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000): se la persona che vive un'esperienza traumatica riesce a costruire un senso, ad attribuire un significato all'esperienza stessa, la sofferenza emotiva diventa più tollerabile e gestibile (Tedeschi & Calhoun, 2004). Secondo van der Kolk (2020), guarire dal trauma significa riappropriarsi della propria capacità di self-leadership di cui l'esperienza ha privato l'individuo, riconquistando la padronanza della propria mente, del proprio corpo e delle proprie azioni.

3. Il trattamento del trauma

In una recente revisione sistematica della letteratura con *Network Meta-Analysis* (NMA; Jericho et al., 2022), gli autori si sono occupati di analizzare l'efficacia dei più noti interventi di psicoterapia evidence-based per il trauma. Dalla NMA effettuata, la *Cognitive Processing Therapy* e la terapia dell'esposizione narrativa hanno riportato risultati di maggiore efficacia rispetto alle altre analizzate.

Considerata la varietà di eventi potenzialmente traumatici e la loro possibile differenziazione per natura, intensità, frequenza, fattori concorrenti e ricaduta psicologica, nel mondo scientifico non si è ancora concordi su una classificazione univoca. In generale, la letteratura finora disponibile sembra confermare l'esistenza di due profili di sintomi post-traumatici (uno semplice e uno complesso), principalmente distinguibili per il tipo e la durata del trauma che li precede e per la sintomatologia più ampia e pervasiva nel caso del trauma complesso

Per molti autori, la cornice operativa generale entro la quale organizzare il lavoro terapeutico è quella del modello a tre fasi, phase-oriented, ma si possono integrare varie tecniche per raggiungere gli obiettivi delle fasi. Si potrebbero utilizzare, ad esempio, interventi sensomotori per la prima fase, oppure l'EMDR per la fase di elaborazione delle memorie traumatiche

Le più attuali terapie per il trattamento del trauma differiscono per il canale di accesso, tra approcci *top-down*, dal cognitivo al corporeo, e approcci *bottom-up*, dal corporeo al cognitivo. Tra gli orientamenti *top-down evidence-based* si possono annoverare: la terapia cognitivo-comportamentale mediante esposizione prolungata (*Prolonged Exposure*, PE) (Berenz et al., 2012), la terapia cognitiva per il disturbo da stress post-traumatico (*Cognitive Therapy for Posttraumatic Stress Disorder*, CT-PTSD) (Ehlers et al., 2005), la terapia dell'elaborazione cognitiva (*Cognitive Processing Therapy*, CPT) (Resick & Schnicke, 1992), la psicoterapia eclettica breve per il disturbo da stress post-traumatico (*Brief Eclectic Psychotherapy for Posttraumatic stress disorder*, BEPP) (Gersons & Schnyder, 2013), la terapia dell'esposizione narrativa (*Narrative Exposure Therapy*, NET) (Schauer et al., 2011), la terapia focalizzata sulle emozioni (*Emotion-Focused Therapy for Trauma*, EFTT) (Angus et al., 2019; Angus & Greenberg, 2011; Paivio & Angus, 2017), la terapia cognitivo-comportamentale (*Cognitive-behavioral therapy*, CBT) (Beck, 2011), la TARGET (*Trauma Affect Regulation: Guide for Education and Therapy*) (Ford, 2020) e l'EMDR (Shapiro, 2018).

L'assunto di base delle terapie *bottom-up*, è che sia l'elaborazione corporea a influenzare il funzionamento dei livelli superiori e regolare le emozioni, consentendo l'elaborazione cognitiva e la costruzione di significati (Fisher & Ogden, 2009). Tra gli orientamenti *bottom-up*, senza pretesa di esaustività, si possono citare: la psicoterapia sensomotoria (*Sensorimotor Psychotherapy*, SP) (Ogden & Minton, 2000), la *Mindfulness Based Stress Reduction* (MSBR) (Kabat-Zinn, 2003), il *Trauma-Sensitive Yoga* (TSY) (Emerson, 2015), il *Somatic Experiencing* (SE) (Payne et al., 2015) e l'approccio integrato denominato *Trauma-Informed Stabilization Treatment* (TIST) (Fisher, 2017).

In sintesi, per molti autori, la cornice operativa generale entro la quale organizzare il lavoro terapeutico è quella del modello a tre fasi, phase-oriented, ma si possono integrare varie tecniche per raggiungere gli obiettivi delle fasi. Si potrebbero utilizzare, ad esempio, interventi sensomotori per la prima fase (Stige et al., 2013) oppure l'EMDR per la fase di elaborazione delle memorie traumatiche (Forgash & Knipe, 2012).

In ogni caso, così come l'evento traumatico e l'impatto psicologico sull'individuo traumatizzato hanno una assoluta caratterizzazione soggettiva, allo stesso modo anche il percorso terapeutico e riabilitativo, fatto di tempi e interventi differenti, si sviluppa in maniera diversa in correlazione alla costruzione dell'esperienza e al vissuto specifico della persona. Il trauma è un'esperienza soggettiva, la cura e il trattamento devono essere, inevitabilmente, un processo "ad personam" in cui non possono prevalere un modello e un'efficacia omologata e generalizzata.

4. Trauma centers psicologici

I Trauma Centers Psicologici sono strutture dedicate al trattamento del trauma psicologico, spesso affiliati a ospedali, università o enti di ricerca e generalmente gestiti da una équipe multidisciplinare di professionisti della salute mentale. Il Trauma Center Psicologico deve essere considerato un luogo sicuro e contenitivo in cui le persone possono ricevere aiuto per affrontare le conseguenze del trauma, attraverso una serie di attività tra cui il trattamento del trauma, il supporto psicologico alla persona traumatizzata e il supporto psicologico ai suoi familiari.

Non esiste una stima precisa del numero di Trauma Centers Psicologici nel mondo, tuttavia si potrebbe ipotizzare che siano circa 2.000. Alcuni dei più noti sono: il *Trauma Center for Victims of Violence* (Seattle, USA), il *National Center for PTSD* (Boston, USA), il *Trauma Center at the University of California San Francisco* (San Francisco, USA), il *The Tavistock Centre for Trauma and Mental Health* (Londra, Regno Unito), il *Centre for the Study of Traumatic Stress* (Sydney, Australia), il *Centro de Psicología de la Emergencia* (Madrid, Spagna), il *Centre for Trauma and Resilience* (Toronto, Canada) e l'*Asociación Argentina de Psicología de Emergencia* (Buenos Aires, Argentina).

Disporre di un Trauma Center Psicologico all'interno di una struttura ospedaliera consente alla popolazione di potervi accedere più facilmente e agli psicologi

ospedalieri di poter attuare interventi più tempestivi e dedicati. Il potenziamento dei Trauma Center Psicologici è importante per garantire supporto alle persone che hanno subito un trauma psicologico, individuale o collettivo, tra cui un evento catastrofico. Il nostro modello, il Trauma Center Psicologico dell'AO "Santa Croce e Carle" di Cuneo, è nato per rispondere alle crescenti necessità del territorio cuneese e per offrire supporto nelle situazioni di emergenza sanitaria o di altra natura tra cui i traumi collettivi. Il Trauma Center Psicologico di Cuneo ha mutuato il suo modello di lavoro proprio dalla medicina e dalla psicologia delle catastrofi. Le raccomandazioni che vuole offrire fanno riferimento alla procedura CSCATTT. In particolar modo pone l'accento sull'importanza dei seguenti fattori: la direzione dei lavori attraverso un coordinamento prestabilito; la gestione della comunicazione; il triage, valutando a chi dare la priorità nell'intervento psicologico (il paziente oppure il figlio o altro caregiver, l'operatore sanitario che più di ogni altro ha la responsabilità di organizzare il supporto e così via); la messa in sicurezza degli operatori; la tipologia di intervento da effettuare (attività di stabilizzazione, colloquio di accoglienza, EMDR per eventi recenti, supporto alla comunicazione di bad news e così via), il collegamento con altri reparti (ad esempio, se dal Pronto Soccorso il paziente deve essere inviato in rianimazione) oppure il rientro a domicilio o altro contesto in cui verrà preso in carico.

Altre realtà svolgono da anni funzioni rilevanti. Ad esempio, Psicologi per i Popoli è una federazione italiana attiva da diversi anni che si occupa di intervenire in caso di emergenza, per l'assistenza umanitaria e attraverso la ricerca di persone scomparse.

Il Trauma Center di Cuneo si caratterizza precipuamente per la sua localizzazione: l'ospedale rappresenta per la cittadinanza un punto di riferimento sempre presente, accessibile, in grado di accogliere e prestare soccorso nell'immediato, in continuità con la rete dei servizi presenti sul territorio. Il coordinamento e la sinergia fra più figure professionali (medici, infermieri, psicologi, forze dell'ordine e servizi sociali) è fondamentale per la cura integrata delle vittime dirette e indirette degli eventi traumatici. Per le prime, che molto spesso riportano lesioni o sintomi fisici, occorre un'assistenza non solo psicologica, ma in primis medica e infermieristica. Per le seconde, che sono state esposte al trauma in assenza di danni fisici, può essere opportuna una messa in sicurezza emotiva, legale e abitativa, a cui concorrono le forze dell'ordine e i servizi sociali.

La cooperazione fra tutti gli operatori di un trauma center ospedaliero è cruciale anche ai fini del processo comunicativo: i membri dell'équipe integrano in tempo reale i dati in loro possesso, condividendo con i sopravvissuti e i caregiver un quadro veritiero, unitario e organizzato. Le informazioni così trasmesse permettono di connettere le esperienze frammentate in una narrazione coerente, riducendo il caos e il disorientamento post-traumatici. La comunicazione e la stabilizzazione, quindi, si intrecciano e si rafforzano reciprocamente, in un bilanciamento continuo che tiene conto della situazione, degli obiettivi e dello stato emotivo del paziente. Se quest'ultimo è sotto shock o in stato dissociativo, sarà prioritario costruire una base di sicurezza e nel "qui e ora", impiegando, ad esempio, tecniche di grounding che favoriscano il suo radicamento. Se, invece, la persona mantiene un buon contatto con la realtà, l'obiettivo è di partecipare col medico alla comunicazione delle bad news necessarie per comprendere l'accaduto, sostenendo la comprensione delle informazioni e un'espressione emozionale il più possibile fisiologica. Spesso, in questa fase, avviamo già il percorso di desensibilizzazione e iniziale elaborazione attraverso la terapia EMDR con il "protocollo eventi recenti". La presa in carico potrà proseguire nei giorni e nelle settimane successive, in regime di ricovero (se indicato per ragioni mediche) o ambulatoriale. Dato il forte coinvolgimento degli operatori, si organizza anche un momento di debriefing al termine dell'intervento. Si programma quindi un incontro di EMDR di gruppo nei giorni successivi per evitare che l'esperienza generi una traumatizzazione vicaria e per preservare il benessere lavorativo e personale di ciascun membro.

Il Trauma Center di Cuneo si caratterizza precipuamente per la sua localizzazione: l'ospedale è per la cittadinanza un punto di riferimento sempre presente, accessibile, in grado di accogliere e prestare soccorso immediato, in continuità con la rete dei servizi presenti sul territorio. La sinergia fra più figure professionali (medici, infermieri, psicologi, forze dell'ordine e servizi sociali) è fondamentale per la cura integrata delle vittime dirette (lesioni o sintomi fisici) e indirette degli eventi traumatici. Per le prime, occorre un'assistenza in primis medica e infermieristica. Per le seconde (persone esposte al trauma in assenza di danni fisici), è opportuna una messa in sicurezza emotiva, legale e abitativa

Tra i grandi interventi di cui si è occupato il TC l'attentato sulla Promenade di Nizza (14 luglio 2016), il terremoto in Centro Italia (24 agosto 2016), i tafferugli occorsi a Torino durante la proiezione della partita Real Madrid-Juve (3 giugno 2017), l'attentato di Barcellona (17 agosto 2017), il deragliamento del treno a Trinità (27 aprile 2018), il crollo del ponte Morandi (14 agosto 2018), il supporto in seguito a decesso alla podistica Valleggrana (15 giugno 2018), la sparatoria a Verzuolo (aprile 2019), l'incidente di Castelmagno (11 agosto 2020), l'alluvione di Tenda (2 novembre 2020), il recente tentativo anticonservativo di una minorenne a scuola (5 febbraio 2024), oltre al "caso del Duomo", descritto nelle pagine seguenti

5. Il modello del Trauma Center Psicologico di Cuneo

Il Trauma Center Psicologico di Cuneo è un gruppo di lavoro all'interno del Servizio di Psicologia Ospedaliera, che si occupa del trattamento delle persone che hanno subito eventi traumatici, soprattutto quelli che sono stati prima definiti 'grandi traumi'. Il TC di Cuneo è stato uno dei primi Servizi di questo tipo in Italia e la sua realizzazione è stata ispirata dal Trauma Center del Justice Resource Institute (JRI) di Brookline, nel Massachusetts, creato e diretto da Bessel van der Kolk.

Per quanto concerne l'organizzazione del TC di Cuneo, si è voluto creare un modello di lavoro adatto ad intervenire tempestivamente per favorire una presa in carico globale della persona e dei suoi caregivers (Anfossi, 2023). L'équipe del TC è formata da psicologi-psicoterapeuti, esperti in psicotraumatologia e nell'approccio con EMDR, che hanno maturato un'esperienza decennale nella "psicologia delle catastrofi". In sintesi, le risorse che costituiscono le fondamenta del TC di Cuneo sono: la tempestività degli interventi, la flessibilità degli operatori e l'utilizzo di tecniche evidence-based e procedure allineate a quelle della medicina delle catastrofi. Le attività del Trauma Center si svolgono nei punti di Pronto Soccorso, nei reparti di degenza e/o nella sala TC dedicata all'interno dell'AO "Santa Croce e Carle" e, negli eventi che coinvolgono la collettività, in locali individuati come idonei (ad esempio scuole, sedi CAI, parrocchie, centri sportivi e così via).

Il trauma è un'esperienza che ha un impatto significativo sulla salute mentale e fisica di una persona, portandola a sperimentare diversi sintomi, tra cui: flashback, incubi, pensieri intrusivi, ipervigilanza, evitamento, dissociazione, disturbi dell'umore e disturbi del comportamento. Il TC ha la finalità di offrire un intervento tempestivo per contenere la reazione di stress acuto, attivare i fattori di protezione del singolo e della sua rete, prevenendo l'insorgenza del DPTS. Si propone di dare alle ferite psichiche la stessa dignità di quelle fisiche con interventi atti a favorire il recupero di una sensazione di sicurezza e controllo, riattivando la naturale resilienza che ogni essere umano possiede (Fernandez et al., 2011). Il TC si rivolge a un'ampia gamma di persone coinvolte in vari tipi di traumi: incidenti stradali, di montagna, sul lavoro, episodi di terrorismo e catastrofi naturali, aggressioni, violenze di genere, tentativi anticonservativi, lutti improvvisi e/o traumatici, interventi chirurgici demolitivi, visita "protetta" del minore nelle terapie intensive, traumi nel percorso nascita, traumi vicari degli operatori sanitari e dei soccorritori. Alcuni dei grandi interventi di cui si è occupato il TC sono stati: l'attentato sulla Promenade di Nizza, il 14 luglio 2016, il terremoto in centro Italia, del 24 agosto 2016, i tafferugli occorsi a Torino durante la proiezione della partita Real Madrid-Juve, il 3 giugno 2017, l'attentato di Barcellona, del 17 agosto 2017, il deragliamento del treno a Trinità, del 27 aprile 2018, il crollo del ponte Morandi il 14 agosto 2018, il supporto in seguito a decesso alla podistica Valleggrana (15 giugno 2018), la sparatoria a Verzuolo, ad aprile 2019, l'incidente di Castelmagno dell'11 agosto 2020 e l'alluvione di Tenda del 2 novembre 2020, e il recente tentativo anticonservativo di una minorenne a scuola (5 febbraio 2024), oltre al "caso del Duomo" che verrà presentato in dettaglio in un paragrafo successivo del presente contributo.

Per quanto riguarda le modalità di attivazione del TC Psicologico ci sono due canali possibili. Il primo canale di attivazione è quello interno, attraverso la chiamata diretta da uno dei tre punti di Pronto Soccorso (generale, Ostetrico-Ginecologico, Pediatrico) o dalle Terapie Intensive dell'ospedale. Il secondo canale di attivazione è quello esterno, attraverso uno di questi possibili percorsi: la richiesta d'intervento da parte di altri enti con cui è attiva una collaborazione (Questura, Soccorso Alpino, società sportive agonistiche), la segnalazione del Medico di Medicina generale, o attraverso la richiesta diretta da parte di cittadini vittime di traumi, tramite un'e-mail a traumacenter@ospedale.cuneo.it. In occasione dei traumi che coinvolgono più persone, con ricadute su intere comunità o per emergenze collettive e catastrofi, il TC prepara un comunicato che l'ufficio stampa dell'ospedale diffonde, in cui viene informata la popolazione riguardo la disponibilità del TC ad accogliere le vittime e i familiari. In accordo a Herman (2024), infatti, un evento individuale, percepito come estremamente

minaccioso per la propria integrità psicofisica, è spesso così pervasivo da coinvolgere l'intera realtà sociale. "Quando un trauma colpisce una comunità, l'evento diventa parte integrante della memoria collettiva, rischiando di tramandare implicitamente anche la componente distruttiva. Elaborare il trauma si traduce in curare nell'oggi e prevenire nel domani, ossia permettere a chi ha vissuto l'esperienza traumatica di metabolizzarla e trasmetterla alle generazioni successive previa simbolizzazione. In tal modo il trauma trasmesso non sarà transgenerazionale, ma intergenerazionale, ovvero una trasmissione esplicita di un'esperienza traumatica elaborata (Funaro et al., 2023, p. 54)."

All'interno del TC di Cuneo, il lavoro relativo all'intervento (sesto punto della procedura CSCATTT) si articola fondamentalmente in tre fasi fra loro complementari: accoglienza, assessment e rielaborazione del trauma, che raggruppano i vari passaggi della procedura CSCATTT.

La prima fase, quella della gestione della chiamata (e che include C+S+C della procedura CSCATTT), corrisponde al momento in cui si riceve l'e-mail, o si riceve una telefonata mentre la persona si trova in pronto soccorso o in rianimazione, oppure viene fatta una richiesta dall'esterno del nosocomio. Questa fase corrisponde al momento in cui si accoglie la richiesta e si struttura il setting. Il setting non è rigido ma adattabile: si potrebbe richiedere ad un familiare di recarsi nella sala del Trauma Center piuttosto che il terapeuta recarsi da lui. In sintesi questa è la fase in cui viene presa in carico la domanda.

La seconda fase è quella del triage (e che include A+T della procedura). Questa fase può avvenire in pronto soccorso, nell'atrio dell'ospedale, al letto del paziente, in rianimazione e attraverso canali comunicativi a distanza, a seconda del tipo di situazione. Differente da un assessment psicodiagnostico tradizionale, si pone l'obiettivo di essere una valutazione il più rapida possibile, condivisa con l'équipe che ha contattato il TC. In questa fase, la priorità è quella di decifrare il bisogno principale, se mettere in sicurezza la persona, se aiutarla ad informare altre persone a casa, se fornire supporto nella comunicazione di notizie, riguardo alla situazione grave di un familiare, di un lutto traumatico, oppure riguardo un intervento importante demolitivo sulla persona stessa.

Infine, la terza fase è costituita dal percorso all'interno del quale affrontare e trattare la rielaborazione del trauma. In alcuni casi sono occorsi anche 6-12 mesi per una rielaborazione completa del trauma, sebbene i tempi siano diversi per ogni persona. In questa fase può essere molto utile l'approccio EMDR, L'EMDR, un approccio terapeutico di desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari, sviluppato da Francine Shapiro negli anni Ottanta (Zabukovec et al., 2000). Da un punto di vista teorico, l'EMDR si basa su un modello di processamento dell'informazione adattiva (*Adaptive Information Processing*, AIP). Il protocollo EMDR standard prevede 8 fasi, di cui le fasi 3-8 vengono ripetute nella maggior parte delle sedute. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2013, ha inserito questo protocollo nelle linee guida internazionali "Assessment e gestione dei disturbi specifici legati allo stress" (WHO, 2013). L'EMDR, intervento *evidence-based*, si è dimostrato efficace nel favorire la remissione dei sintomi facilitando l'elaborazione dell'esperienza traumatica sia nei bambini che negli adulti (Trentini et al., 2018). Per monitorare la gravità dei quadri sintomatologici, uno strumento che viene utilizzato frequentemente è l'Impact of Event Scale-Revised (IES-R). Si tratta di uno strumento standardizzato, impiegato per indagare la presenza di una sintomatologia post-traumatica. Consiste in un questionario self-report breve e facilmente somministrabile, costituito da 22 item e composto da tre sottodimensioni: Intrusione, Evitamento e Iperarousal. La IES-R è uno strumento di valutazione non diagnostico per il DPTS, utile per quantificare le reazioni allo stress dopo eventi traumatici nella popolazione adulta e si è rivelato prezioso per attività di screening dei soggetti che necessiterebbero di un intervento specialistico (Horowitz et al., 1979). Sebbene per la IES-R non esista un punteggio di cut-off specifico, più alto è il punteggio totale, maggiore potrebbe essere il rischio di DPTS; a tal proposito, alcuni autori suggeriscono che un punteggio totale compreso nel range 33-38

L'EMDR rappresenta un intervento evidence-based e si è dimostrata efficace nel favorire la remissione dei sintomi facilitando l'elaborazione dell'esperienza traumatica sia nei bambini che negli adulti. Per monitorare la gravità dei quadri sintomatologici, uno strumento che viene utilizzato frequentemente è l'Impact of Event Scale-Revised (IES-R). Si tratta di uno strumento standardizzato, impiegato per indagare la presenza di una sintomatologia post-traumatica

Per monitorare la gravità dei quadri sintomatologici, uno strumento che viene utilizzato frequentemente è l'Impact of Event Scale-Revised (IES-R). Si tratta di uno strumento standardizzato, impiegato per indagare la presenza di una sintomatologia post-traumatica. Consiste in un questionario self-report breve e facilmente somministrabile, costituito da 22 item e composto da tre sottodimensioni: Intrusione, Evitamento e Iperarousal

possa condurre a una diagnosi probabile (Creamer et al., 2003). La IES-R è stata tradotta in molte lingue, e tra i suoi principali punti di forza va sottolineata la possibilità di ripeterne la somministrazione al fine di effettuare valutazioni che evidenzino l'evoluzione della condizione della persona nel periodo successivo al trauma.

6. Il TC di Cuneo in azione: un caso clinico

Il seguente intervento sul caso clinico ha coinvolto la comunità parrocchiale del Duomo, la Cattedrale di Santa Maria del Bosco di Cuneo.

Un ragazzo diciottenne, che faceva parte del gruppo di giovani della parrocchia, si era tolto la vita nella propria abitazione e i suoi familiari, che vivevano con lui, lo avevano trovato ormai esanime.

FASE 1: Appena giunta la notizia, si è attivato un gruppo di colleghi. Poiché la madre del giovane lavorava presso l'ospedale come infermiera professionale, considerato che il personale sanitario riferiva e mostrava di essersi sentito molto coinvolto nella vicenda per un forte senso di comunanza, si è deciso di attivare anche un intervento rivolto ai colleghi del reparto nel quale ella prestava servizio. L'intervento intraospedaliero si è sviluppato in un incontro di debriefing che ha visto la partecipazione di due infermiere e due medici.

A distanza di circa 48 ore dall'evento, inoltre, il parroco della Cattedrale di Santa Maria del Bosco ha scritto un'e-mail al Trauma Center chiedendone l'attivazione per sostenere il gruppo giovani e la comunità parrocchiale nella gestione e nella elaborazione dell'evento traumatico appena occorso.

Durante il primo incontro con il parroco e con i due animatori, tempestivamente organizzato dall'équipe del TC, è emerso un forte senso di preoccupazione per i giovani della parrocchia, che negli anni precedenti erano già stati coinvolti in diversi eventi dolorosi. L'anno prima, infatti, era deceduta improvvisamente una ragazzina nell'incidente di Castelmagno e durante l'anno precedente la comunità aveva vissuto la scomparsa di un'animatrice che aveva contratto una malattia tropicale rientrando da un viaggio all'estero. Per il terzo anno consecutivo, dunque, questo gruppo di giovani si trovava a confronto con un evento altamente traumatico.

FASE 2: Adeguandosi alle richieste, per quanto concerne i ragazzi, in un primo incontro di gruppo sono stati raccolti tutti i loro vissuti, sono emerse emozioni di rabbia, angoscia di fronte alla apparente imprevedibilità di questo gesto e paura di poterlo ripetere. Sono state date alcune indicazioni rispetto ai vissuti traumatici e alla loro gestione nonché sul prosieguo del percorso. I giovani hanno riportato che questo ragazzo la sera prima aveva mandato dei messaggi in apparenza molto "leggeri" ad alcuni amici, parlando per esempio di calcio o di temi inerenti alla quotidianità e poi, la notte stessa, si era tolto la vita. Erano presenti circa una ventina di giovani, due animatori e due psicologi-psicoterapeuti.

FASE 3: La fase di trattamento si è articolata in 5 incontri. A partire dal secondo incontro si sono divisi i ragazzi in due sottogruppi sulla base della somministrazione dello IES-R: un primo gruppo composto dai ragazzi che avevano totalizzato un punteggio sopra la soglia e un secondo gruppo con i restanti ragazzi, che avevano un punteggio IES-R sotto la soglia. Come già riportato in precedenza, più elevato è il punteggio totale ottenuto, maggiore potrebbe essere il rischio di sviluppare DPTS, vengono considerati punteggi sopra soglia tutti i valori superiori a 33 mentre valori inferiori vengono considerati sotto soglia.

Il lavoro ha previsto l'utilizzo dell'EMDR di gruppo e ha visto l'emergere di pensieri intrusivi, compatibili con un vissuto traumatico ancora in corso.

Nell'incontro successivo si è potuto notare come i ragazzi stessero transitando dalla fase di shock alla fase di elaborazione del lutto. L'obiettivo dell'intervento è stato quello di favorire la narrazione dell'accaduto, prevenire la dissociazione e avviare il superamento della reazione d'incredulità.

Nell'incontro conclusivo, in cui tutto il gruppo dei giovani è stato riunito nuovamente, i ragazzi sono stati aiutati con l'elaborazione del lutto e ad

interiorizzare la figura di chi non c'era più, portando delle idee e dei progetti per mantenere la memoria del loro amico.

Durante un incontro con i genitori, a cui hanno partecipato altre persone della parrocchia (complessivamente una cinquantina), avvenuto in una sala parrocchiale, è stato dedicato tempo all'ascolto e alla condivisione dei vissuti dei partecipanti, rilevando che i genitori che conoscevano di più la famiglia e il ragazzo scomparso si mostravano maggiormente scossi. L'intervento con i genitori, gestito da quattro psicologi del TC, si è strutturato in un incontro di tipo psico-educativo articolato nel modo seguente: a) accoglienza delle difficoltà emotive dei genitori; b) breve presentazione di quali siano le caratteristiche di un evento traumatico e le reazioni nell'immediato; c) sottolineatura dell'utilità di un dialogo aperto con i ragazzi.

E' stato inoltre proposto ai partecipanti un ulteriore incontro di follow-up a distanza di circa un mese e un monitoraggio per i tre mesi successivi tramite gli educatori. I punteggi ottenuti dai ragazzi, durante la somministrazione dello IES-R alla fase di rivalutazione, hanno evidenziato l'efficacia dell'intervento nel miglioramento di tutte le sottoscale indagate.

Il parroco, gli animatori della parrocchia e alcuni genitori, a conclusione del percorso, hanno sottolineato l'utilità dell'intervento del TC per tutti i parrocchiani coinvolti, inviando un'email di ringraziamento e pubblicando un elogio pubblico sulle pagine del settimanale locale nei confronti del Trauma Center, dichiarando che l'intervento effettuato era stato di grande utilità per tutti i giovani parrocchiani coinvolti.

La peculiarità del modo di operare del Trauma Center, illustrata con il presente caso clinico, risiede proprio nella sua tempestività nell'intervenire "sul campo", andando anche fuori dall'ospedale, ove necessario, per raggiungere la popolazione, tenendo in considerazione che il trauma può coinvolgere non solo i familiari diretti ma anche i conoscenti che hanno assistito o che conoscevano la vittima.

7. Conclusioni

Dal caso clinico proposto è possibile cogliere la metodologia di intervento del TC di Cuneo, in accordo alla procedura CSCATTT (mutuata dalla medicina delle catastrofi e adattata al contesto specifico), ed evidenziarne tutta la complessità di un intervento in emergenza: dal numero degli attori coinvolti alla molteplicità delle azioni che caratterizzano il *modus operandi* del TC di Cuneo.

La finalità ultima che ci si prefigge in questo lavoro sull'emergenza è di aiutare la vittima non soltanto a lenire il dolore, ma anche a trovare la strada per la ricerca di senso che inevitabilmente scaturisce da un'esperienza traumatica.

L'utilizzo di strumenti quali la *mindfulness* e la *compassion therapy* rappresenta un canale efficace per potenziare il sistema calmante e contrastare l'iperattivazione del sistema di difesa.

Talvolta, in occasione di alcuni T grandi, l'intervento tempestivo, le buone risorse personali e il contesto supportivo, consentono la rapida rielaborazione dell'evento e la risoluzione in poco tempo della sintomatologia, senza che questa interferisca troppo né blocchi la vita sociale, professionale o scolastica; in altri casi, invece, è necessario più tempo affinché la rielaborazione sia efficace e completa. Soprattutto laddove il trauma sia stato estremamente pervasivo o perpetrato volontariamente da un aggressore o ancora la persona abbia già in anamnesi altri traumi relazionali o lutti irrisolti, possono passare intere settimane o mesi e in questo lasso di tempo la vittima potrebbe beneficiare di strumenti che la aiutino a convivere con il dolore, a non essere sopraffatta dai sintomi e dalle reazioni automatiche di allerta o di chiusura difensiva.

In quest'ottica, partendo dal presupposto che la prima risorsa a disposizione per la reazione al trauma negli esseri umani è l'aggregazione sociale, riteniamo che, al di là dell'aspetto specifico di messa in sicurezza e di rielaborazione dei ricordi traumatici e di avvio di un'integrazione del trauma nella vita, il nostro intervento in emergenza possa avere un primo significato simbolico di una riparazione che la collettività intende agire rispetto all'isolamento e alla solitudine che il trauma, qualunque esso sia, inevitabilmente induce (Herman, 2024). Per questo motivo

La metodologia con cui opera il TC di Cuneo è in accordo con la procedura CSCATTT (mutuata dalla medicina delle catastrofi e adattata al contesto specifico). La complessità di un intervento in emergenza deriva dal numero degli attori coinvolti. La finalità ultima è aiutare la vittima non soltanto a lenire il dolore, ma anche a trovare la strada per la ricerca di senso che inevitabilmente scaturisce da un'esperienza traumatica

La valutazione dei benefici del nostro intervento, effettuata tramite resoconti verbali o scritti di chi ha usufruito del servizio, dimostra una riduzione della sintomatologia post traumatica e una sensazione di maggiore sicurezza percepita da parte delle vittime, che frequentemente dichiarano di aver ripreso una routine quotidiana soddisfacente. In alcuni casi, viene anche riportato un cambiamento positivo della propria esistenza in seguito alla vicenda traumatica esperita

è fondamentale che il contesto in cui si sceglie di strutturare un trauma center sia formato da professionisti preparati a gestire il trauma dal punto di vista psicologico perché questo diventa il modo per riparare lo strappo e il senso di isolamento che il trauma genera.

In conclusione, possiamo affermare che nella valutazione dei benefici percepiti del nostro intervento, effettuata tramite resoconti verbali o scritti di chi ha usufruito del servizio, è stato possibile riscontrare una riduzione della sintomatologia post traumatica e una sensazione di maggiore sicurezza percepita da parte delle vittime, che frequentemente manifestano la propria gratitudine dichiarando di aver ripreso una routine quotidiana soddisfacente. In alcuni casi, viene anche riportato un cambiamento positivo della propria esistenza in seguito alla vicenda traumatica esperita.

Sarebbe infine opportuno che futuri studi valutassero anche da un punto di vista quantitativo i risultati degli interventi psicologici implementati in questo specifico contesto, al fine di monitorarne l'efficacia e la stabilità nel corso del tempo.

1 Trauma Center Psicologico - A.O. "Santa Croce e Carle" di Cuneo

2 Università degli Studi eCampus, Novedrate, Como

* marco.cavallo@unicampus.it

BIBLIOGRAFIA

- Anfossi, M. (2023). In principio era il trauma: l'esperienza del trauma center psicologico (TC) in ospedale. In Giacalone e Domingo, 2023. *La Psicologia Ospedaliera in Italia sentieri narrativi della clinica*.
- Angus, L., Boritz, T., Mendes, I., & Gonçalves, M. M. (2019). Narrative change processes and client treatment outcomes in emotion-focused therapy.
- Angus, L. E., & Greenberg, L. S. (2011). Working with narrative in emotion-focused therapy: Changing stories, healing lives. American Psychological Association.
- APA, A. P. A. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR®)*.
- Bariona, M., Morra, A., Odetto, L., & Bozzetto, P. (2008). *Compendio di Medicina delle Grandi Emergenze*.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*, 2nd ed. Guilford Press.
- Ben-Zion, Z., Korem, N., Spiller, T. R., Duek, O., Keynan, J. N., Admon, R., Harpaz-Rotem, I., Liberzon, I., Shalev, A. Y., & Hendler, T. (2023). Longitudinal volumetric evaluation of hippocampus and amygdala subregions in recent trauma survivors. *Mol Psychiatry*, 28(2), 657-667. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01842-x>
- Berenz, E. C., Rowe, L., Schumacher, J. A., Stasiewicz, P. R., & Coffey, S. F. (2012). Prolonged Exposure Therapy for PTSD among Individuals in a Residential Substance Use Treatment Program: A Case Series. *Prof Psychol Res Pr*, 43(2), 154-161. <https://doi.org/10.1037/a0026138>
- Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale - Revised. *Behav Res Ther*, 41(12), 1489-1496. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.07.010>
- Danieli, Y. (2007). Assessing Trauma Across Cultures from a Multigenerational Perspective. In J. P. Wilson & C. S.-k. Tang (Eds.), *Cross-Cultural Assessment of Psychological Trauma and PTSD* (pp. 65-89). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-0-387-70990-1_4
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behav Res Ther*, 43(4), 413-431. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.03.006>
- Emerson, D. (2015). *Trauma-sensitive yoga in therapy: Bringing the body into treatment*. WW Norton & Company.
- Engel, S., Klusmann, H., Laufer, S., Kapp, C., Schumacher, S., & Knaevelsrud, C. (2022). Biological markers in clinical psychological research - A systematic framework applied to HPA axis regulation in PTSD. *Compr Psychoneuroendocrinol*, 11, 100148. <https://doi.org/10.1016/j.jpnc.2022.100148>
- Feder, A., Nestler, E. J., & Charney, D. S. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nat Rev Neurosci*, 10(6), 446-457. <https://doi.org/10.1038/nrn2649>
- Fernandez, I., Maslovaric, G., & Galvagni, M. V. (2011). Traumi psicologici, ferite dell'anima: il contributo della terapia con EMDR. *Liguori*.
- Fisher, J. (2017). Trauma-Informed stabilisation treatment: A new approach to treating unsafe behaviour. *Australian Clinical Psychologist*, 3(1), 1744.
- Fisher, J., & Ogden, P. (2009). Sensorimotor psychotherapy. *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*, 312-328.
- Ford, J. D. (2020). Trauma affect regulation: Guide for education and therapy. In *Treating complex traumatic stress disorders in adults: Scientific foundations and therapeutic models*, 2nd ed. (pp. 390-412). The Guilford Press.
- Forgash, C., & Knipe, J. (2012). Integrating EMDR and ego state treatment for clients with trauma disorders. *Journal of EMDR Practice and Research*, 6(3), 120-128.
- Funaro, A., Aiellog, Albo, N., Alfano, S., Filippo, E., Imbroinise, F., Lirangi, C., Mauti, M., Miniaci, R., Posca, F., Vespasiano, S., Vetere, P., & Zupo, M. (2023). Associazione centro trauma ippocampo: un'esperienza sul campo durante la pandemia da Covid 19. *Link*, 1, 53-57. <https://www.fisppsicologia.it/images/>

- Gersons, B. P., & Schnyder, U. (2013). Learning from traumatic experiences with brief eclectic psychotherapy for PTSD. *Eur J Psychotraumatol*, 4. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21369>
- Herman, J. L. (2024). *Verità e riparazione*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med*, 41(3), 209-218. <https://doi.org/10.1097/00006842-197905000-00004>
- Hoshmand, L. T. (2007). Cultural-Ecological Perspectives on the Understanding and Assessment of Trauma. In J. P. Wilson & C. S.-k. Tang (Eds.), *Cross-Cultural Assessment of Psychological Trauma and PTSD* (pp. 31-50). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-0-387-70990-1_2
- Jericho, B., Luo, A., & Berle, D. (2022). Trauma-focused psychotherapies for post-traumatic stress disorder: A systematic review and network meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 145(2), 132-155. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/acps.13366>
- Julian D. Ford, & Courtois, C. (2023). *Il trattamento dei disturbi da stress traumatico complesso negli adulti*. Fondamenti scientifici e modelli terapeutici.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*, 8(2), 73.
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *J Trauma Stress*, 26(5), 537-547. <https://doi.org/10.1002/jts.21848>
- Lewis Herman, J. (2005). *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*. In: Roma, Edizioni Scientifiche MaGi ISBN.
- Marsella, A. (2010). Ethnocultural Aspects of PTSD: An Overview of Concepts, Issues, and Treatments. *Traumatology*, 16, 17-26. <https://doi.org/10.1177/1534765610388062>
- Montano, A., & Borzi, R. (2022). *Manuale di intervento sul trauma*. Trento: Erickson.
- Ogden, P., & Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory. *Traumatology*, 6(3), 149-173.
- Paivio, S., & Angus, L. (2017). Narrative processes in Emotion-focused Therapy for Trauma. <https://doi.org/10.1037/0000041-000>
- Payne, P., Levine, P. A., & Crane-Godreau, M. A. (2015). Somatic experiencing: using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Frontiers in Psychology*, 6, 93.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5), 748-756. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.5.748>
- Rinne-Albers, M. A., van der Wee, N. J., Lamers-Winkelmann, F., & Vermeiren, R. R. (2013). Neuroimaging in children, adolescents and young adults with psychological trauma. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 22(12), 745-755. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0410-1>
- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011). *Narrative exposure therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders*, 2nd rev. and expanded ed. Hogrefe Publishing.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Shapiro, F. (2018). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures*, 3rd ed. The Guilford Press.
- Siegel, D. J. (2001). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, 72.
- Stige, S. H., Træen, B., & Rosenvinge, J. H. (2013). The Process Leading to Help Seeking Following Childhood Trauma. *Qualitative Health Research*, 23(10), 1295-1306. <https://doi.org/10.1177/1049732313503907>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). A Clinical Approach to Posttraumatic Growth. In *Positive Psychology in Practice* (pp. 405-419). <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/9780470939338.ch25>
- Trentini, C., Lauriola, M., Giuliani, A., Maslovaric, G., Tambelli, R., Fernandez, I., & Pagani, M. (2018). Dealing With the Aftermath of Mass Disasters: A Field Study on the Application of EMDR Integrative Group Treatment Protocol With Child Survivors of the 2016 Italy Earthquakes [Original Research]. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00862>
- Van der Kolk, B. (2020). *Corpo accusa il colpo: Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Raffaello Cortina Editore.
- Vyshka, G., Elezi, F., & Mana, T. (2023). Importance of methodological considerations in documenting psychological trauma. *World J Methodol*, 13(4), 166-169. <https://doi.org/10.5662/wjm.v13.i4.166>
- WHO. (2013). *Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress*. Retrieved January, 1 from https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85119/9789241505406_eng.pdf?sequence=1
- WHO. (2018). *International classification of diseases–11 th edition*.
- Zabukovec, J., Lazrove, S., & Shapiro, F. (2000). Self-healing aspects of EMDR: The therapeutic change process and perspectives of integrated psychotherapies. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 189-206.

The psychology of catastrophes: the field experience of the Psychological Trauma Center of the A.O. “Santa Croce e Carle” - Cuneo

The paper reports the experience of the psychological Trauma Center (TC) of the AO “Santa Croce e Carle” - Cuneo. After the presentation of the epistemological and theoretical roots of the work carried out by the TC psychologists, which can be traced back to disaster medicine and psychotraumatology, we introduce the concept of psychological trauma and the model adopted by our TC. This model has been used for a decade by our team and the aim has been twofold: to intervene promptly and to support people affected by a catastrophic event or another significant trauma in order to enable them to deal with it in the best possible way and to return to sustainable living conditions. Finally, the presentation of a clinical case illustrates the methodological and clinical nuances that characterize an intervention we carried out. In conclusion, the paper underlines the importance of having a TC which is active both in hospital and in the local area, and the need to evaluate, from both qualitative and quantitative points of view, the effectiveness and stability over time of the psychological interventions implemented.

KEYWORDS: EMDR, work team, psychology of catastrophes, stabilization, trauma.



ILLUSTRAZIONE ANDREA ROSSO

Il ruolo dello psicologo in équipe per la presa in carico del paziente affetto da Mieloma Multiplo

The role of the psychologist in a health-related multidisciplinary team for the treatment of a patient with multiple myeloma

DENISE FEDELE*

[Un ringraziamento alla dr.ssa Antonella Cobianco per il suo contributo*.

Parole chiave: Telemedicina, terapia, benessere

Il Mieloma Multiplo (MM) è la seconda neoplasia ematologica più frequente. Secondo ciò che è riportato nelle Linee guida “La terapia del Mieloma multiplo” pubblicata dal Sistema Nazionale a Roma, 23 aprile 2021, esso può presentarsi nel corso della vita di 1:94 individui di sesso maschile e 1:133 individui di sesso femminile (Pubblicazioni 2020) ed è responsabile di un rilevante impatto in termini di mortalità, morbilità, costi sanitari e costi sociali.

Per questo la possibilità di utilizzare la telemedicina come parte integrante della presa in carico, del trattamento e del monitoraggio del paziente con Mieloma Multiplo risulterebbe un ottimo modo per gestire criticità dal punto di vista logistico ed economico non solo per le famiglie ma anche per il sistema sanitario

La Telesalute permette un servizio assistenziale personalizzato che mette in collegamento le persone bisognose di assistenza, soprattutto le persone fragili, con il loro medico o altro operatore sanitario che le assiste nella diagnosi, nei parametri vitali, nel percorso di cura.

Le applicazioni web di auto-aiuto e auto-monitoraggio, risultano essere efficaci nel far sentire il paziente più seguito e quindi di sviluppare maggiori capacità per autogestire il proprio disagio e la propria sintomatologia.

Importante, nel seguire l'innovazione tecnologica, è rimanere concentrati sulle esigenze del paziente, soprattutto il contatto emotivo tra operatore e paziente, e le rassicurazioni che necessita rispetto la sicurezza della propria vita. Rimane doverosa, per perseguire il progresso senza rinunciare alla qualità della presa in carico della salute del paziente, un'adeguata formazione di tutti gli operatori coinvolti e il raggiungimento di un approccio integrato tra Medicina a contatto diretto con il paziente e la Telemedicina (“Telemedicina: Quanto Piace Ai Pazienti e Ai Familiari Caregiver?”, Repubblica.it”).

Il mieloma multiplo (MM)

(“AIRC - Fondazione AIRC Per La Ricerca Sul Cancro — Airc.it”; “Humanitas

Research Hospital — Humanitas.it”). Il mieloma multiplo (MM) è un tumore delle plasmacellule che ha origine dal midollo osseo, tessuto spugnoso concentrato prevalentemente nelle ossa piatte come le ossa del bacino e delle costole e nelle parti estreme delle ossa lunghe e colpisce prevalentemente in età avanzata.

La diagnosi di Mieloma Multiplo si basa sui criteri diagnostici revisionati dall’IMWG nel 2014. (Figura 1)

MIELOMA MULTIPLO

1. Plasmacellule midollari $\geq 10\%$ e/o presenza di plasmocitoma confermato istologicamente
2. Presenza di uno o più dei seguenti Myeloma Defining Events (MDE):
 - Evidenza di disfunzione d’organo correlata al MM (criteri CRAB):
 - [C] calcio: calcemia > 11 mg/dl o superiore ai valori normali
 - [R] rene: clearance creatinina < 40 ml/min o creatinina sierica > 2 mg/dl
 - [A] anemia (Hb < 10 g/dl o 2 g $<$ normale)
 - [B] bone: 1 o più lesioni osteolitiche identificate ad Rx scheletro, TC o PET/TC
 - Uno o più dei seguenti biomarcatori di malignità:
 - Plasmacellule midollari $\geq 60\%$
 - sFLC ratio (*involved/uninvolved*) > 100
 - > 1 lesione focale alla Risonanza Magnetica (diametro almeno 5 mm)

È importante, nel seguire l’innovazione tecnologica, rimanere concentrati sulle esigenze del paziente. Rimane doverosa, per perseguire il progresso senza rinunciare alla qualità della presa in carico della salute del paziente, un’adeguata formazione di tutti gli operatori coinvolti e il raggiungimento di un approccio integrato tra la Medicina a contatto diretto con il paziente e la Telemedicina

Criteri IMWG per la diagnosi delle discrasie plasmacellulari (Mancuso 2021)

Inizialmente non è facile arrivare a una diagnosi, in quanto il mieloma multiplo, in principio, non dà sintomi ma solo un aumento degli anticorpi che casualmente si scoprono durante gli esami di laboratorio eseguiti per altri motivi e che non richiedono una specifica terapia.

Molto importante è una sorveglianza attiva per cogliere eventuali segnali di evoluzione perché non tutti i pazienti presentano lo stesso quadro sintomatologico e non tutti i sintomi manifestati dai pazienti evolvono nel mieloma multiplo.

Trattamento e Percorso di cura

La terapia è direttamente proporzionale al caso specifico: si consigliano la radioterapia, la chirurgia e le terapie di supporto, come l’uso dei fattori di crescita per stimolare la produzione della parte corpuscolata del sangue e bifosfonati per contrastare il danno osseo, fino al trapianto di cellule staminali ematopoietiche. Solitamente la cura si basa sulla chemioterapia in Day Hospital o con ricovero ospedaliero in 4 o 6 cicli, tuttavia, la scelta terapeutica (incluse le dosi) deve prevedere un’attento bilanciamento tra l’efficacia e il rischio di tossicità attesi sulla base della fragilità del paziente.

Conseguenze a carico del benessere psicologico del paziente e dei caregivers

Il paziente vive con un dolore costante almeno nell’80% dei casi, dolore con un impatto fisico e psicologico che va a diminuire la qualità di vita del soggetto e del suo nucleo familiare.

Un approccio di presa in carico bio-psico-sociale

È necessario che i gruppi multidisciplinari di Oncologia ed Ematologia presenti in molti centri medici offrano a questi pazienti un approccio diagnostico-terapeutico completo, oltre che psicologico, e specifiche competenze, come risposta ai loro bisogni dal punto di vista bio-psico-sociale (Torre-Luque et al. 2016).

Quest’approccio, infatti, non si limita a prendere in considerazione la malattia dal solo punto di vista biologico, ma prende in esame anche gli aspetti psicosociali, che includono il vissuto emotivo, relazionale, motivazionale e comportamentale del paziente. L’intervento psicologico è strutturato per coinvolgere anche l’ambiente nel quale si trova il paziente, dai familiari al contesto di cura. L’obiettivo principale è quello di condurre il paziente - e l’eventuale caregiver nel caso in cui il malato sia un soggetto pediatrico o geriatrico - all’accettazione della sua condizione, e ad assumere un ruolo attivo sfruttando la propria resilienza, in modo che diventi il vero protagonista del suo percorso. (Ali, Gillespie, and Laney 2018)

Presa in Carico del paziente

Trattamento medico

Per definire il piano terapeutico vengono innanzitutto esaminate le condizioni del paziente e viene effettuato un costante monitoraggio per rispondere adeguatamente ai cambiamenti della malattia. I trattamenti possono comprendere la terapia farmacologica, la chemioterapia, la radioterapia, trattamenti immunitari e il trapianto autologo di cellule staminali; quest'ultima è considerata la terapia prescelta per i pazienti in uno stato di salute ed età ottimali. Al fine di definire l'idoneità per il trapianto si analizzano la gravità della malattia, la sua probabile evoluzione e la presenza di patologie concomitanti. I pazienti che risultano idonei al trapianto vengono dapprima sottoposti alla somministrazione di una terapia farmacologica per ridurre quanto possibile la gravità della malattia e migliorare la condizione degli organi danneggiati; successivamente, i pazienti che rispondono positivamente a questa prima fase vengono sottoposti alla chemioterapia prima di procedere con la raccolta delle cellule staminali e quindi con il trapianto autologo. Infine, dopo il trapianto, può essere somministrata una terapia di consolidamento. Per i pazienti non idonei al trapianto, i trattamenti prevedono l'uso combinato di vari farmaci e una terapia di mantenimento a lungo termine per prolungare la remissione della malattia. Oltre ad agire direttamente sulle cellule maligne, la terapia comprende anche il trattamento delle complicanze che la malattia comporta, quali l'anemia, le infezioni, l'insufficienza renale, le lesioni scheletriche, l'ipercalcemia e l'iperuricemia (Bal et al. 2021; Krikorian and Limonero 2012; Cowan et al. 2022; Pereira et al. 2020; Nielsen et al. 2021; O'Donnell et al. 2022; Azevedo et al. 2019).

Trattamento psicologico

La diagnosi della malattia comporta nel paziente e nei suoi familiari una risposta emotiva molto difficile da gestire, caratterizzata da ansia, angoscia, rabbia e depressione: è una reazione normale ad un evento straordinario, inatteso e traumatico. Una tale condizione emotiva può avere effetti non solo sulla salute psicologica del paziente, ma anche sulla sua compliance alle cure mediche. Un trattamento psicologico si rende pertanto necessario per implementare le risorse di resilienza e per aiutare il paziente, i familiari e i caregivers alla mobilitazione delle risorse emotive e protettive. Lo psicologo, grazie agli strumenti psicologici e relazionali, può contribuire a creare nel paziente uno spazio di speranza e ad affrontare le forti emozioni negative, a stimolarne la resilienza al fine di elaborare e gestire l'enorme cambiamento pratico e identitario che la malattia comporta. Il supporto psicologico si rivela essenziale non solo come parte del processo di cura dal momento della diagnosi, durante il decorso e la cronicizzazione della malattia ma anche per affrontare il delicato momento dell'accompagnamento al fine vita.

Il ruolo dello psicologo in équipe

Data la complessità della malattia, è evidente la necessità di un supporto psicologico per il paziente affetto da mieloma multiplo, accanto agli specialisti che fanno parte dell'équipe, fin dal momento della diagnosi e poi in modo continuo durante il decorso e la cronicizzazione della malattia.

Per lo psicologo, infatti, lo stato di salute del paziente si misura non soltanto nei sintomi manifesti di una psicopatologia, ma anche nel grado di involuzione psicologica e cognitiva, conseguente ad un vissuto quotidiano di tensione e rimuginio, con pensieri di angoscia e di rabbia.

Pertanto, la presenza di uno psicologo in équipe dà anche la possibilità di introdurre la valutazione psicologica del paziente come parte degli esami diagnostici della patologia.

L'intervento psicologico si differenzia in base alle fasi della malattia nel modo seguente:

Diagnosi

La comunicazione della diagnosi da parte del medico curante mette il paziente

Lo psicologo, grazie agli strumenti psicologici e relazionali, può contribuire a creare nel paziente uno spazio di speranza e ad affrontare le forti emozioni negative, a stimolarne la resilienza al fine di elaborare e gestire l'enorme cambiamento pratico e identitario che la malattia comporta

Lo psicologo collabora con il medico nel fornire informazioni chiare e specifiche riguardo le conseguenze multidimensionali della malattia, ovvero come questa influisce sulla vita quotidiana e sulle conseguenze psicologiche ed emotive, in modo che il soggetto diventi consapevole e preparato rispetto agli effetti bio-psico-sociali che sperimenterà e che sia in grado di riconoscerli come facenti parte della sua nuova condizione

in una condizione molto delicata e destabilizzante: possono insorgere reazioni di forte confusione e disorientamento che gli impediscono di affrontare ed elaborare la situazione. Per questo motivo è fondamentale affiancare al paziente un sostegno psicologico, in modo che venga guidato ad affrontare gli stati emotivi negativi e ad iniziare un percorso di gestione della nuova condizione medica ed di esplorazione della condizione di "malato cronico". Lo psicologo in questa fase deve porre attenzione ai bisogni emotivi del paziente, in modo da stabilire una connessione di fiducia alla base di una buona relazione psicologo-paziente, nella maggior parte dei casi predittiva di un percorso positivo del malato. Un efficace intervento psicologico strutturato prevede un supporto psicoeducativo, l'ascolto attivo, un'azione supportiva, un colloquio clinico con valutazione psicologica e infine la presentazione della proposta di trattamento psicologico e pianificazione degli obiettivi da raggiungere.

Nello specifico, in questa fase il supporto psicologico è strutturato nel seguente modo:

Supporto psicoeducativo

Il dialogo tra il paziente e il medico deve essere supportato dallo psicologo con interventi mirati a trasformare il setting medico in un ambiente accogliente e sicuro e le informazioni mediche in concetti facilmente comprensibili al paziente. La diagnosi deve essere comunicata attraverso un linguaggio chiaro che non lascia spazio a fraintendimenti e adeguato al livello di comprensione del paziente. Lo stile comunicativo deve essere semplice e connotato di sensibilità emotiva.

Lo psicologo si impegna a fornire al paziente gli strumenti necessari per comprendere la situazione nel suo complesso, fornendogli una visione completa di ciò che la sua nuova condizione comporta. Nello specifico, lo psicologo collabora con il medico nel fornire informazioni chiare e specifiche riguardo le conseguenze multidimensionali della malattia, ovvero come questa influisce sulla vita quotidiana e sulle conseguenze psicologiche ed emotive, in modo che il soggetto diventi consapevole e preparato rispetto agli effetti bio-psico-sociali che sperimenterà e che sia in grado di riconoscerli come facenti parte della sua nuova condizione.

Inoltre, il professionista si impegna a incoraggiare e confortare il paziente informandolo che verrà seguito e supportato attraverso un programma di intervento psicologico strutturato incentrato sulle sue esigenze e che lo accompagnerà durante l'intero percorso di accettazione e convivenza con la malattia.

Ascolto attivo

Successivamente alla comunicazione della diagnosi è necessario sintonizzarsi sulle reazioni del paziente, in modo da cogliere le emozioni, i dubbi e le domande che lo affliggono. A tal fine, è importante incoraggiare il paziente ad esprimere le sue perplessità e le sue emozioni, mettendosi in ascolto anche rispetto ai segnali non verbali che la persona trasmette. Monitorare ogni tipo di reazione del paziente, verbale e non verbale, consente di sintonizzarsi con il suo stato emotivo e di rispondere in modo adeguato alle sue esigenze, facendolo sentire accolto e permettendogli di gestire questo momento in base ai suoi tempi e ai suoi bisogni.

Azione supportiva

Di fronte alle forti reazioni emotive del paziente, lo psicologo ha il compito di mettere in atto strategie mirate a gestire la sofferenza emotiva della persona. Lo psicologo aiuta il paziente ad accogliere e contenere gli eventuali stati di angoscia, di shock o gli attacchi di panico attraverso interventi di validazione empatica; in questo modo, il paziente si sente sostenuto e legittimato a provare le emozioni che sta vivendo.

Lo psicologo può affidarsi anche a tecniche di rilassamento cognitivo-comportamentali, quali ad esempio la tecnica del respiro lento, gli esercizi di rilassamento muscolare isometrico e i training di rilassamento (Training Muscolare Progressivo di Jacobson e Training Autogeno di Shultz).

Colloquio clinico con valutazione psicologica

Per stabilire il trattamento più idoneo alle esigenze del paziente e strutturarlo

in modo mirato, lo psicologo si impegna a raccogliere le informazioni che gli consentono di effettuare una valutazione dello stato psicologico attuale e il livello di resilienza del soggetto. Lo psicologo dimostra il proprio sostegno e impegno al paziente concordando la data dell'appuntamento per il successivo colloquio, in cui gli verranno chiariti eventuali dubbi emersi dal primo colloquio, gli verrà fornito supporto psicologico, gli verrà illustrata la proposta del programma di intervento psicologico e si discuteranno gli obiettivi concreti da raggiungere, definendoli in tappe progressive.

Presentazione della proposta di trattamento psicologico e pianificazione degli obiettivi da raggiungere

Lo psicologo presenta al paziente la proposta di intervento psicologico nel dettaglio, includendo la tipologia di intervento, le modalità e la frequenza degli incontri e il contenuto degli interventi. Inoltre, psicologo e paziente collaborano insieme nella definizione degli obiettivi da raggiungere. In particolare, gli obiettivi devono includere la ridefinizione nel dettaglio delle attività di vita quotidiana, delle abitudini, delle attività sociali, relazionali e professionali, le esperienze che contribuiscono a determinare un concetto identitario di sé positivo e tutto ciò che partecipa al conseguimento di una buona qualità di vita (Bal et al. 2021; Krikorian and Limonero 2012; Cowan et al. 2022; Pereira et al. 2020; Nielsen et al. 2021; O'Donnell et al. 2022; Azevedo et al. 2019).

Decorso della malattia

Nel periodo successivo alla diagnosi, il paziente inizia concretamente il suo percorso, in cui viene supportato dal programma di trattamento psicologico composto da sedute individuali, dalla partecipazione a un gruppo di auto-mutuo-aiuto e dall'affiancamento di uno sponsor (pazienti affetti dalla stessa patologia che hanno affrontato con successo il percorso di adattamento alla nuova vita).

Sedute psicologiche individuali

L'intervento psicologico ha come obiettivo l'adattamento del paziente alla sua nuova condizione e il mantenimento di una buona qualità di vita. Per raggiungere tale scopo il professionista conduce delle sedute a cadenza settimanale, della durata di un'ora, in cui accompagna il paziente nella gestione degli aspetti invalidanti della malattia: il dolore fisico, gli stati emotivi negativi di depressione e ansia, e lo istruisce sulle strategie di coping per incrementare il senso di autoefficacia.

Gestione del dolore

La presenza di forti dolori è invalidante non solo per il disagio percepito fisicamente ma anche perché non permette al paziente di investire le proprie energie per ristrutturare la sua nuova vita. Per questo motivo, la gestione del dolore deve considerarsi una priorità. Lo psicologo attua i seguenti interventi:

1. Validazione empatica del dolore e intervento psicoeducativo:

Il professionista offre supporto al paziente attraverso l'espressione di commenti volti a trasmettergli la propria partecipazione empatica ed a legittimare l'esperienza dolorosa vissuta dal paziente. Inoltre, vengono trasmesse al paziente tutte le informazioni riguardanti la natura complessa del suo dolore, in modo da rendere il soggetto totalmente partecipe e consapevole dello stato vissuto.

2. Strategie di autocontrollo e ristrutturazione cognitiva

Per alleviare la percezione del dolore, lo psicologo si affida a tecniche di tipo cognitivo-comportamentale. Le tecniche indagano i comportamenti disadattivi, le convinzioni e le aspettative del paziente riguardo lo stato di dolore (ad esempio catastrofizzazione, ipergeneralizzazione, astrazione selettiva) così da modificarli attraverso la loro ristrutturazione affinché tali organizzazioni cognitive condizionino la percezione dolorosa in modo meno negativo. In questo modo, il paziente impara ad esercitare un proprio controllo sulla percezione fisiologica del dolore e sulle conseguenti

Psicologo e paziente collaborano nella definizione degli obiettivi da raggiungere. In particolare, gli obiettivi devono includere la ridefinizione nel dettaglio delle attività di vita quotidiana, delle abitudini, delle attività sociali, relazionali e professionali, le esperienze che contribuiscono a determinare un concetto identitario di sé positivo e tutto ciò che partecipa al conseguimento di una buona qualità di vita

Il percorso psicologico deve orientare il paziente a sviluppare delle strategie di coping adatte a renderlo attivo nel processo di adattamento alla patologia e di costruzione di nuove abitudini di vita, che gli consentano di superare la sensazione di essere la malattia, ma di percepire sé stesso come autodeterminante, in grado di controllare il suo avvenire e soddisfatto della qualità della propria vita

emozioni e convinzioni negative, e a riconsiderare il dolore sperimentato alla luce delle nuove riflessioni cognitive.

3. *Tecniche di rilassamento di tipo cognitivo-comportamentale* (Winterowd, Beck, and Gruener 2004)

Il professionista insegna al paziente a controllare e a regolare le sensazioni percepite del dolore e dello stress correlato attraverso delle tecniche di rilassamento, come ad esempio il Rilassamento Muscolare Progressivo, il Biofeedback e la Respirazione Diaframmatica Controllata.

Depressione

Per affrontare l'impatto che la malattia esercita sullo stato d'umore del paziente è necessario seguire il soggetto in un percorso mirato ad affrontare e alleviare i sintomi correlati alla depressione, quali: basso tono dell'umore, sofferenza emotiva, ansia, instabilità, perdita di energia e conseguente ridotta collaborazione con l'equipe sanitaria orientata al trattamento (Neto, Barros Bento, and Pereira 2020; Körver et al. 2020). Nello specifico, l'intervento sul singolo deve comprendere le seguenti attività:

1. *Assessment clinico*

Per prima cosa, lo psicologo deve effettuare una valutazione clinica, in modo da avere un quadro complessivo e dettagliato dello stato di sofferenza psicologica del paziente. Supportare l'assessment con la somministrazione di un questionario di autovalutazione che indaghi lo stato di benessere psicologico¹, in modo da confrontare i risultati nelle varie fasi del trattamento.

2. *Counseling psicologico*

Gli interventi psicologici saranno mirati a supportare emotivamente il paziente aiutandolo a gestire le emozioni percepite, a intervenire sul processo di elaborazione cognitiva della malattia, a incentivare la collaborazione con l'equipe curante. Il supporto emotivo viene espresso attraverso interventi di validazione empatica e un atteggiamento empatico incentrato sull'ascolto attivo, orientato a far emergere le risorse del paziente (Clark and Beck, 2011).

3. *Invio al servizio di psicoterapia ed eventuale terapia psicofarmacologica*

Nel caso lo stato del paziente lo richiedesse, lo psicologo è tenuto ad inviare il soggetto al servizio di psicoterapia per la cura della depressione, eventualmente integrandola con una terapia farmacologica che aiuti il paziente ad alleviare i sintomi depressive (Rajan et al. 2021).

Strategie di coping e autoefficacia

Il percorso psicologico deve orientare il paziente a sviluppare delle strategie di coping adatte a renderlo attivo nel processo di adattamento alla patologia e di costruzione di nuove abitudini di vita, che gli consentano di superare la sensazione di essere la malattia, ma di percepire sé stesso come autodeterminante, in grado di controllare il suo avvenire e soddisfatto della qualità della propria vita (Zani 1999), (Laney et al. 2010). Per raggiungere questo scopo è importante seguire gradualmente gli obiettivi prefissati e concordati, in modo da monitorare l'andamento dei progressi per rendere il paziente sempre più autonomo e con un positivo senso di autoefficacia. Nello specifico, gli interventi da mettere in atto sono i seguenti:

1. *Perseguire gli obiettivi prefissati*

Lo psicologo si occupa di riprendere gli obiettivi concreti concordati durante il primo colloquio per la stesura del programma di trattamento e di accompagnare il paziente nel raggiungimento di tali obiettivi. Il percorso richiede di procedere con pazienza, gradualità e con la revisione periodica di tali obiettivi, affinché possano essere modificati in itinere per rispondere all'andamento reale del paziente.

2. *Aumentare il senso di autoefficacia*

Lo psicologo si impegna a offrire interventi mirati a incrementare gli stati mentali ed emotivi positivi del paziente, attraverso il rinforzo positivo degli atteggiamenti e dei comportamenti messi in atto dal paziente, e

tramite elogi riguardanti l'impegno del soggetto. Per incoraggiare il senso di controllo del paziente sulla situazione vissuta è importante attenuare la sua percezione di vulnerabilità, attraverso il riconoscimento delle sue risorse e la promozione di nuove abilità utili a incrementare il senso di autonomia decisionale (ad esempio tecniche di problem solving).

3. *Supporto emotivo e motivazionale*

Per ridurre la possibilità di reazioni di evitamento del paziente, è importante monitorare l'andamento di risposta emotiva e di gestione dello stress che il soggetto vive durante il percorso. Lo psicologo supporta il paziente di fronte alle frustrazioni attraverso la validazione esplicita degli sforzi intrapresi e guidandolo nell'accettazione di eventuali fallimenti del percorso. Il sostegno percepito incoraggia il senso di autoefficacia del paziente e rinforza la sua motivazione.

4. *Ripresa graduale dell'autonomia*

Lo psicologo orienta il paziente a ristrutturare la propria giornata con nuove abitudini, adattate alla presenza della patologia ma che consentano una soddisfacente qualità di vita, in modo tale che il paziente si abitui alle nuove attività, sperimentando un graduale senso di autonomia e un conseguente benessere psicologico. A tale scopo, è necessario guidare il paziente a una presa di consapevolezza, accettazione e autoregolazione dei propri limiti imposti dalla malattia ma allo stesso tempo spronarlo alla scoperta di nuove abilità funzionali e, in questo modo, allargare gradualmente i limiti e ampliare le possibilità di nuove attività ed esperienze.

5. *Ristrutturazione cognitiva della nuova identità*

Il percorso di convivenza con la malattia risulta essere molto doloroso per i pazienti, in quanto sono portati a percepirsi deboli e sottomessi alla condizione di malato. Per questo motivo, è fondamentale che il professionista lo aiuti a ridefinire il concetto di sé stesso da "persona malata" a "persona con una nuova vita" e, attraverso una differente prospettiva, orientarlo a connotare la nuova vita di un significato altrettanto positivo quanto quella precedente.

6. *Monitoraggio dei progressi*

La flessibilità nella ridefinizione degli obiettivi, in modo che rispecchino le reali esigenze e i concreti progressi del paziente, è determinata dal processo di monitoraggio degli obiettivi raggiunti. Questo processo, eseguito insieme al paziente, permette al soggetto di migliorare l'autogestione e l'adozione di atteggiamenti e strategie più funzionali. Oltre a monitorare gli obiettivi, è fondamentale considerare l'andamento emotivo correlato all'adattamento alla nuova vita.

A questo punto del percorso lo psicologo può somministrare nuovamente il questionario di autovalutazione dello stato di equilibrio psicologico per verificare i miglioramenti del paziente.

L'integrazione di possibili strumenti di sanità digitale e prestazioni di telemedicina nei percorsi di cura del paziente

La pandemia ha aperto le porte alla Telemedicina in quanto durante l'isolamento forzato ci si è dovuti concentrare su questo ambito dando l'opportunità ai sanitari di sviluppare vere relazioni con i pazienti da remoto.

Durante la pandemia, nell'estate del 2021, è stata lanciata la piattaforma di telemedicina WelCare in oncologia ed ematologia: essa ha messo in collegamento centri e medici specialisti di tutta Italia, per favorire lo scambio di informazioni e migliorare la gestione di pazienti con malattie rare (Redazione). Nell'articolo del Luglio 2021, che cita l'evento "La Salute Connessa", promosso da Novartis, si legge:

Secondo i dati dell'analisi realizzata dall'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità della School of Management del Politecnico di Milano, la pandemia ha favorito l'utilizzo di piattaforme digitali di collaborazione tra medici e pazienti, con un utilizzo da parte dei pazienti salito di quasi 20 punti percentuali durante l'emergenza (da 11% a 30%). Oggi l'82% dei pazienti

Lo psicologo supporta il paziente di fronte alle frustrazioni attraverso la validazione esplicita degli sforzi intrapresi e guidandolo nell'accettazione di eventuali fallimenti del percorso. Il sostegno percepito incoraggia il senso di autoefficacia del paziente e rinforza la sua motivazione

Con la telemedicina è possibile ottimizzare le risorse temporali e materiali dei sanitari, migliorare la vita dei pazienti e dei familiari e contribuire a diminuire i costi: il paziente diventa protagonista attivo della propria salute. L'intervento della telemedicina è migliorativo nella vita del paziente mettendolo al centro e cambiando il suo ruolo, semplificando il suo rapporto con il medico a vantaggio della qualità e della continuità assistenziale

intervistati dichiara di volere utilizzare in futuro queste piattaforme (Redazione).

La Telemedicina applicata nel contesto della presa in carico del paziente affetto da Mieloma Multiplo

È riconosciuto che l'utilizzo della Telemedicina ha portato miglioramenti anche nel campo delle Malattie Rare dove i pazienti sono in difficoltà nella deambulazione e negli spostamenti.

Per quanto riguarda la gestione domiciliare del mieloma multiplo, ad esempio, occorre riconoscere come le recenti innovazioni diagnostiche e terapeutiche hanno aumentato la sopravvivenza dei pazienti, ma occorre affrontare le sfide legate all'accesso alle cure e all'aderenza terapeutica, alla qualità di vita del paziente garantendo il supporto psicologico necessario ("Oncoematologia Di Prossimità; Per Migliorare La Qualità; Di Vita Dei Pazienti: Il Modello Mieloma Multiplo; SICS Editore — Sicseditore.it").

Di grande importanza è l'accesso alle cure in modo comodo ed efficiente con corsie preferenziali e riduzione dei tempi di attesa, ma l'accesso alla *home therapy*, andando nella direzione della telemedicina, permette di lavorare intorno al paziente stesso senza creargli problemi di spostamento. Si sottolinea che il migliorare l'assistenza domiciliare per i pazienti affetti da mieloma multiplo richiede un approccio olistico per affrontare tutte le sfide logistiche, cliniche e psicologiche della malattia.

Con la telemedicina è possibile ottimizzare le risorse temporali e materiali dei sanitari, migliorare la vita dei pazienti e dei familiari e contribuire a diminuire i costi: il paziente diventa protagonista attivo della propria salute. Il ruolo della Telemedicina è vasto così come il suo intervento è migliorativo nella vita del paziente mettendolo al centro e cambiando il suo ruolo, semplificando il suo rapporto con il medico a vantaggio della qualità e della continuità assistenziale; si può aggiungere che tale strumento riduce le disuguaglianze e supera molte barriere favorendo un accesso equo a cure di qualità.

La ricerca nel campo del mieloma multiplo ha migliorato i trattamenti al paziente aumentando la sua aspettativa di vita; la piattaforma CURAMy nasce con l'intento di aiutare i pazienti di MM a conoscere il protocollo clinico ed i centri di riferimento più idonei alle proprie problematiche. Qui il paziente può trovare le informazioni sul mieloma multiplo, gli aggiornamenti della ricerca scientifica, i protocolli clinici ed individuare il medico con cui interagire on line.

Per quanto riguarda il supporto psicologico, il teleconsulto (che si concretizza in sedute con lo psicologo in videochiamata sfruttando le piattaforme preposte) ha dimostrato, anche durante la pandemia, la sua validità nel gestire problematiche riguardanti il benessere mentale dei pazienti. Da luglio 2021 a marzo 2022 è stata condotta un'indagine dall'Area Sanità e Salute di Istud, Business School, nata per iniziativa di Assolombarda, che ha raccolto 110 testimonianze di esperienze dirette in telemedicina e tele riabilitazione con lo scopo di individuare eventuali problemi nell'utilizzo del teleconsulto riscontrati sia dai pazienti, sia dai professionisti. Ne è risultato che:

" (...) pazienti che hanno utilizzato gli strumenti della telemedicina hanno riscontrato empatia con il medico, anche a distanza, nonostante lo scetticismo di chi pensava che sostituire il contatto umano con uno schermo potesse essere frustrante. Sia i pazienti, sia i clinici e i familiari considerano fondamentale la competenza, la scrupolosità e la professionalità con le quali il medico curante ha costruito il percorso di visita. Con questa premessa la consulenza a distanza ricalca perfettamente quelle effettuate in ambulatorio" (Pogliaghi).

Riguardo la possibilità di gestione del paziente tramite Applicazioni web, quindi senza contatto diretto con i professionisti, invece è stata messa a punto una App

Mobile chiamata Blood Cancer Coach App, che sarebbe dovuta servire per aiutare i pazienti nella auto-gestione dei sintomi. L'anno scorso è stata condotta una ricerca che ha coinvolto partecipanti affetti da mieloma multiplo (MM) e leucemia linfocitica cronica (LLC). L'App è stata sviluppata grazie alla collaborazione della Duke Health, Complesso Ospedaliero dell'Università della Duke, sviluppatore anche della "Duke Health Everywhere", un'applicazione mobile che permette a chiunque di poter fare una visita video in diretta con un medico, certificato dal consiglio, che valutando la condizione del paziente, potrà offrire una diagnosi e un piano di trattamento e, se necessario, prescrivere farmaci. Le funzionalità dell'Applicazione Blood Cancer Coach includevano il monitoraggio dei sintomi e del disagio percepiti, con possibilità di un feedback personalizzato, promemoria sui farmaci e monitoraggio dell'aderenza del paziente alla terapia farmacologica, risorse educative sul mieloma multiplo e sulla leucemia linfocitica cronica e attività di empowerment sulla consapevolezza. I risultati di interesse dello studio sono stati: la salute globale (Patient Reported Outcomes Measurement Information System Global Health), lo stress post-traumatico (Post-traumatic Stress Disorder Checklist per DSM-5) e i sintomi del cancro (Edmonton Symptom Assessment System Revised). Ai partecipanti sono stati somministrati sondaggi sulla soddisfazione, che sono stati poi incrociati con i dati sull'utilizzo dell'app per valutare l'accettabilità. Lo studio è stato condotto in doppio cieco, dove i partecipanti randomicamente sono stati assegnati all'utilizzo dell'App o all'utilizzo della piattaforma Springboard Beyond Cancer, un sito già avvalorato nella sua utilità al supporto di pazienti con patologie come MM e LLC.

Dallo studio risulta che su 180 pazienti che hanno scaricato l'app, 40% (72) hanno completato i sondaggi di base. La maggior parte dei partecipanti ha trovato l'app almeno moderatamente efficace nell'aiutare a gestire i sintomi (87%), a sentirsi più a proprio agio nel cercare aiuto (87%), ad aumentare la consapevolezza delle risorse (73%) e ha dichiarato di essere soddisfatta dell'app nel complesso (73%). I partecipanti hanno completato una media di 248,5 attività app durante il periodo di studio di 8 settimane. Le funzioni più utilizzate all'interno dell'app erano il registro dei farmaci, il monitoraggio del disagio, le meditazioni guidate e il monitoraggio dei sintomi. Nonostante non si sia verificata nessuna differenza significativa tra il gruppo di controllo (quello che aveva accesso al sito) e il gruppo di intervento (quello a cui è stata fornita l'app), è evidente che uno strumento di monitoraggio e supporto che crei una continuità di cura e presa in carico del paziente anche nel contesto domiciliare, dia come risultato un senso maggiore di sicurezza da parte del paziente, che viene più seguito e più supportato nelle sue difficoltà.

Possibile utilizzo delle Applicazioni Web di Auto-aiuto per la gestione terapeutica a distanza del paziente

L'utilizzo delle applicazioni come sistema non solo di monitoraggio dei sintomi ma anche di gestione delle problematiche quotidiane derivanti da una condizione di fragilità psicologica o fisica è stato oggetto di numerosi studi e ricerche della comunità scientifica (Lau et al. 2020; Creber et al. 2016). In particolare, uno studio pubblicato sul *Journal of Medical Internet Research* ha studiato le applicazioni esistenti per dispositivi mobili dedicate esclusivamente alle otto condizioni sanitarie più diffuse dall'ultimo aggiornamento (2004) del Global Burden of Disease (GBD) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Queste condizioni sono: anemia da carenza di ferro, perdita dell'udito, emicrania, ipovisione, asma, diabete mellito, osteoartrite (OA) e disturbi depressivi unipolari. Ci sono oltre 1 miliardo di smartphone e 100 milioni di tablet in tutto il mondo: questi dispositivi possono diventare uno strumento prezioso nella gestione dell'assistenza sanitaria (Martínez-Pérez, De La Torre-Díez, and López-Coronado 2013). Il recente debutto delle Applicazioni web per smartphone Velibra, Kalmeda e Deprexis, per citarne alcune di quelle già approvate e validate in Germania; o quelle disponibili in lingua italiana come Cogito, Clarity e Neury; l'applicazione, che registra il battito cardiaco, di Apple Watch Ultra Cuore; le applicazioni di monitoraggio dell'utilizzo di farmaci (Tabi

I sondaggi sulla somministrazione di alcune applicazioni dimostrano che la maggior parte dei pazienti ha trovato l'app almeno moderatamente efficace nell'aiutare a gestire i sintomi (87%), a sentirsi più a proprio agio nel cercare aiuto (87%), ad aumentare la consapevolezza delle risorse (73%) e ha dichiarato di essere soddisfatta dell'app nel complesso (73%)

Alcune applicazioni includono la possibilità di impostare dettagli e promemoria personalizzati sul regime terapeutico, monitorare altre informazioni, parametri vitali (respirazione, battito cardiaco), avere un elenco dei farmaci da prendere con il dosaggio impostato dal medico e informazioni sanitarie su chi chiamare per prenotare una visita, il contesto sanitario più vicino dove chiedere assistenza medica, orari di apertura di sportelli e info-point

et al. 2019), dimostrano che è possibile programmare un trattamento a distanza del paziente e seguire con maggiore efficacia l'andamento del suo stato di salute fisica e psicologica, la qualità della sua vita e le possibili complicazioni di varia natura in cui può incorrere in una sindrome complessa come quella del Mieloma Multiplo. Sarebbe infatti possibile predisporre un'applicazione che permetta a vari dispositivi tecnologici di comunicare tra di loro, come nel caso del controllo cardiaco tramite la combinazione di SmartWatch e SmartPhone, che unisca le funzionalità di diverse applicazioni già esistenti.

Monitoraggio e supporto nell'utilizzo dei farmaci e nella pianificazione di visite e esami

I pazienti necessitano di un monitoraggio continuo dei farmaci da assumere e della programmazione di visite specialistiche, di esami diagnostici e di iniezioni di farmaci. Da uno studio condotto su 704 applicazioni e la relativa raccolta di recensioni dei fruitori di tali strumenti tecnologici, si evince che vi sono delle applicazioni con caratteristiche e funzioni apprezzate dagli utenti (Tabi et al. 2019). Esse includono la possibilità di impostare dettagli e promemoria personalizzati sul regime terapeutico, monitorare altre informazioni, parametri vitali (respirazione, battito cardiaco), avere un elenco dei farmaci da prendere con il dosaggio impostato dal medico e informazioni sanitarie su chi chiamare per prenotare una visita, il contesto sanitario più vicino dove chiedere assistenza medica, orari di apertura di sportelli e info-point.

Monitoraggio della qualità di vita e della salute del paziente, nonché della comparsa di sintomi in caso di pazienti asintomatici

Un paziente con una malattia cronica necessita di un monitoraggio giornaliero della sua salute da parte del medico e dell'equipe curante. Si potrebbe prendere in considerazione il modello dell'applicazione progettata dal team del Dipartimento di Chirurgia del NewYork-Presbyterian Hospital e il Dipartimento di Politica e Ricerca sanitaria della Weill Cornell Medicine, per il monitoraggio dei pazienti che avevano subito un intervento di chirurgia (Symer et al. 2017). L'applicazione dispone, come quella citata poc'anzi, di: sondaggi con domande generali e personalizzate sul tipo di dolore, sintomo, disturbo gastrointestinale. Queste informazioni, quando le risposte del paziente sono preoccupanti, attivano due avvisi: uno che invita il paziente a contattare il medico specialista o l'ambulanza e l'altro che informa il medico in equipe. L'applicazione, inoltre, include la possibilità di inserire una dieta personalizzata per la terapia alimentare del paziente, usando funzionalità di applicazioni come My Meal Mate (Khazen et al. 2020).

Monitoraggio e supporto ai disturbi algici

I pazienti con questa sindrome necessitano assistenza e supporto nella gestione del dolore. Per questa necessità è possibile riutilizzare il modello realizzato per la gestione da remoto del paziente anziano con dolore di L. De Angelis e colleghi (De Angelis et al. 2021). Questa applicazione presenta due interfacce diverse per medico e paziente e permette loro la comunicazione diretta reciproca per quanto riguarda sintomatologie, referti, informazione, supporto, monitoraggio... Altre funzionalità implementabili per la gestione del dolore da un punto di vista psicologico, sono la MBI (*Mindfulness-based intervention*) e la MBCT (*mindfulness-based cognitive therapy*), che, secondo uno studio (brintz2024formal?), produce outcomes positivi per quanto riguarda l'interferenza del dolore, l'intensità del dolore e il disagio psicologico derivante; oppure applicazioni che accompagnano e guidano all'auto-ipnosi, secondo il modello di un trattamento integrato di *self management* per il controllo del dolore e dell'ansia i cui outcomes positivi sono stati illustrati nello studio di F. Marcucci e colleghi (Marcucci et al. 2021) pubblicato sulla rivista IPNOSI.

Monitoraggio e supporto della salute psicologica del malato

In aggiunta, il monitoraggio della condizione psicologica emotiva del paziente con questa malattia è particolarmente significativo, anche a causa del profilo psicologico caratterizzato da ansia e depressione. Applicazioni di gestione di vissuti emotivi di tipo depressivo che utilizzano la CBT, come l'App Cogito

(Borsutzky et al. 2023), utilizzata in abbinamento al Training Metacognitivo per la Psicosi (MCT), o Deprexis (Twomey, O'Reilly, and Meyer 2017), permettono il monitoraggio del tono dell'umore del paziente (che potrebbe essere raggiunto anche tramite funzionalità più complesse come quelle che sottendono al PAM² ; oppure tramite questionari auto somministrati)³ Esse funzionerebbe nello stesso modo in cui funziona l'app illustrata precedentemente, usata per pazienti che hanno subito un intervento chirurgico allo stomaco: in corrispondenza di risposte preoccupanti l'applicazione creerebbe un avviso al medico curante (lo psicologo in equipe), e simultaneamente un invito al paziente di mettersi in contatto con il professionista per un consulto. Oltre alle funzionalità appena descritte, queste applicazioni danno la possibilità di tenere un Diario aggiornato che il paziente può redigere giornalmente e avere esercizi pre-selezionati o compiti quotidiani da assolvere basati sul self accomplishment, che fungono da supporto all'autonomia, alla percezione di autoefficacia, alla percezione del paziente di essere attore attivo nella cura di sé e del proprio benessere psicofisico.

Monitoraggio e supporto della salute psicologica dei caregiver

Non meno importante è il supporto per i caregiver. La famiglia, così come il medico, dovrebbe avere i suoi strumenti per potersi sentire utile al supporto del paziente e nello stesso tempo sentirsi supportata da una rete di professionisti nonché da una comunità di familiari che condividono la stessa situazione sociale e familiare. Anche i caregiver infatti potrebbero aver bisogno di avere accesso alla applicazione del paziente per quanto riguarda la terapia farmacologica e alimentare, gli esercizi di mindfulness, meditazioni e ipnosi guidate, per poter accompagnare il paziente nelle diverse fasi della malattia. Per quanto riguarda il sostegno psicologico anche i familiari potrebbero usufruire delle applicazioni *CBT based* come Cogito o Diary, ma invece di avere questionari generali di monitoraggio del tono dell'umore, avrebbero il *Caregiver Need Assessment* (Moroni et al. 2008). Quest'ultimo è uno strumento di analisi dei bisogni del caregiver, utile a personalizzare l'eventuale intervento psicologico nel momento di contatto con lo specialista di salute mentale in *équipe*.

Considerazioni finali

Quando una persona riceve una diagnosi di mieloma multiplo si sente disorientata e confusa. E' il momento in cui le informazioni ricevute nel contesto sanitario, il supporto psicologico e l'interazione con gli esperti del campo mediante mezzi informatici possono far registrare benefici cambiamenti.

La telemedicina permette a questi pazienti, di non sentirsi soli, di poter usufruire di un'assistenza continuativa, garantita dall'utilizzo di applicazioni mobili di monitoraggio e gestione della sintomatologia.

La telemedicina è di conforto per il paziente, del quale attenua il disagio emotivo e psicologico, ed anche per i caregiver, di cui diminuisce il burden emotivo e logistico- organizzativo (Bernocchi et al. 2008). Tuttavia, in molte interviste, come quelle riportate in un articolo di Barbara Orrico il 12 Luglio 2022, è emerso che i caregiver lamentano un aumento del loro coinvolgimento nella cura del paziente, in quanto devono occuparsi di fornire loro assistenza per l'utilizzo del computer, delle piattaforme e delle varie funzionalità di connessione, oltre che assicurarsi di avere un dispositivo idoneo che possano usare (Barbara Orrico, *Telemedicina: Quanto Piace Ai Pazienti e Ai Familiari Caregiver?* (Repubblica.it)).

Un aspetto importante è la differenza fondamentale tra le attività di cura e le attività di supporto alla cura (*Digital Patient Experience: I Vantaggi Dei Servizi Sanitari Telematici* — Healthcare-Digitale.it).

Il timore della personalizzazione e della incapacità di creare un rapporto empatico con i pazienti è poi motivo di grande preoccupazione sia per i professionisti che per i pazienti, soprattutto in quanto spesso il lavoro di relazione degli operatori con i pazienti si limita agli obblighi imposti dal consenso informato. Non c'è

La famiglia, così come il medico, dovrebbe avere i suoi strumenti per potersi sentire utile al supporto del paziente e nello stesso tempo sentirsi supportata da una rete di professionisti nonché da una comunità di familiari che condividono la stessa situazione sociale e familiare

Anche i caregiver potrebbero aver bisogno di avere accesso alla applicazione del paziente per quanto riguarda la terapia farmacologica e alimentare, gli esercizi di mindfulness, meditazioni e ipnosi guidate, per poter accompagnare il paziente nelle diverse fasi della malattia

inoltre una sensibilizzazione del personale sanitario rispetto all'umanizzazione dell'assistenza e all'attenzione nella cura integrale della persona.

È vero che le piattaforme digitali e le applicazioni sono utili per tenere il paziente e i caregiver in contatto con le figure professionali di supporto, facendo risparmiare tempo ed energie, è vero anche che la digitalizzazione della medicina sta rendendo, soprattutto a parere dei più giovani, la gestione dei servizi, prenotazione, pagamento, gestione della refertazione, molto più accessibili e meno macchinosi.

Un'altra problematica rilevata è il fatto che molti sono preoccupati della gestione dei propri dati personali e di potenziali violazioni della privacy, sebbene questa obiezione sia più causata dalla mancanza di cultura e formazione rispetto a come funzionano i sistemi digitali.

Nell'ambito specifico delle malattie rare, quando il paziente e il caregiver vengono a conoscenza della diagnosi, si trovano a dover affrontare il carico emotivo della notizia, in molte strutture si applica quella che viene chiamata "Medicina Narrativa" (Cavaliere 2019). È un percorso di comprensione ed elaborazione del proprio stato tramite il racconto delle proprie esperienze:

"al fine di aprire un dialogo con il paziente, accogliendolo all'interno di una comunità che conosce i suoi stessi problemi. [...] Grazie alle tecnologie e alle piattaforme digitali è possibile creare comunità telematiche gestite e protette da personale sanitario formato che possa offrire confronto e conforto (Telemedicina: Quanto Piace Ai Pazienti e Ai Familiari Caregiver?, Repubblica.it)".

Concludendo è ovvio quanto sia necessario giungere ad un vero e proprio approccio integrato che faccia ricorso sia alle nuove tecnologie dell'ICT che alla possibilità di visite domiciliari programmate: è probabilmente l'obiettivo a cui tendere, coinvolgendo pazienti, famiglie, medici di medicina generale e specialisti (Bernocchi et al. 2008). È anche ovvio che, come si legge nell'articolo della Repubblica di Barbara Orrico citato in precedenza:

"[...] per fare medicina bisogna imparare ad usarla [...]. Se è vero che da un lato bisogna puntare sull'innovazione digitale e sui percorsi di assistenza blended [...] dall'altro occorre investire in strutture fisiche e in personale sanitario"

Per garantire la presenza non solo di medici, infermieri e professionisti formati e digitalmente competenti, ma anche di luoghi adeguati per svolgere la professione in modo innovativo, servono piattaforme di consultazione condivisa tra medici e paziente che diano la possibilità di comunicazione e condivisione di informazioni con ogni struttura sul territorio nazionale (*Telemedicina: Quanto Piace Ai Pazienti e Ai Familiari Caregiver?*, Repubblica.it").

*Psicologa

NOTE

1. Questionario da realizzare in base alle peculiarità della malattia di Fabry, utilizzando come riferimento il Questionario PSYCHO-COVID 19 (Maiorani et al. 2022).
2. Il PAM è uno strumento validato basato sull'indagine PANAS (Positive and Negative Affect Schedule), che fornisce ai partecipanti una matrice di immagini distribuite casualmente, ognuna delle quali riflette uno stato emotivo e una volta al giorno; il paziente sceglie una foto che riflette maggiormente il suo stato emotivo attuale (Pollak, Adams, and Gay 2011).
3. Vedi modello Psycocovid riadattato (Maiorani et al. 2022).

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- AIRC - Fondazione AIRC Per La Ricerca Sul Cancro — Airc.it." <https://www.airc.it/>.
- Ali, Nadia, Scott Gillespie, and Dawn Laney. 2018. "Treatment of Depression in Adults with Fabry Disease." *JIMD Reports*, Volume 38, 13–21.
- Azevedo, Isabelle Campos de, Marcos Antonio Ferreira Júnior, Vanessa Giavarotti Taboza Flores, Elenilda de Andrade Pereira Gonçalves, Oleci Pereira Frota, Mayk Penze Cardoso, Maria Lúcia Ivo, and Viviane Euzébia Pereira Santos. 2019. "Psychological Suffering of Patients Transplanted with Hematopoietic Stem Cells." *Biosci. J.(Online)*, 1633–39.
- Bal, Susan, Smith Giri, Kelly N Godby, and Luciano J Costa. 2021. "New Regimens and Directions in the Management of Newly Diagnosed Multiple Myeloma." *American Journal of Hematology* 96 (3): 367–78.
- Bernocchi, P, L Comini, S Rocchi, G Bruletti, and S Scalvini. 2008. "Le Nuove Tecnologie Telematiche Applicate in Sanità Possono Aiutare Il Caregiver?" *G Ital Med Lav Erg* 30: 3.
- Borsutzky, Swantje, Steffen Moritz, Birgit Hottenrott, and Josefine Gehlenborg. 2023. "A Self-Guided Internet-Based Intervention for Individuals with Chronic Pain and Depressive Symptoms: Study Protocol of a Randomized Controlled Trial." *Trials* 24 (1): 453.
- Cavaliere, Vincenza Lucrezia. 2019. "La Medicina Narrativa: Il Diario Del Paziente, Uno Strumento Di Cura."
- Clark, David A, and Aaron T Beck. 2011. *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*. Guilford Press.
- Cowan, Andrew J, Damian J Green, Mary Kwok, Sarah Lee, David G Coffey, Leona A Holmberg, Sherilyn Tuazon, Ajay K Gopal, and Edward N Libby. 2022. "Diagnosis and Management of Multiple Myeloma: A Review." *Jama* 327 (5): 464–77.
- Creber, Ruth M Masterson, Mathew S Maurer, Meghan Reading, Grenny Hiraldo, Kathleen T Hickey, and Sarah Iribarren. 2016. "Review and Analysis of Existing Mobile Phone Apps to Support Heart Failure Symptom Monitoring and Self-Care Management Using the Mobile Application Rating Scale (MARS)." *JMIR mHealth and uHealth* 4 (2): e5882.
- De Angelis, Letizia, Giulia Frontori, Fabio Lucchetti, Federico Renzulli, Francesco Salamone, and Massimo Magi. 2021. "La Gestione Da Remoto Del Paziente Anziano Con Dolore."
- "Digital Patient Experience: I Vantaggi Dei Servizi Sanitari Telematici — Healthcare-Digitale.it." *Healthcare-Digitale*.
- "Humanitas Research Hospital — Humanitas.it." <https://www.humanitas.it/>.
- Khazen, Wael, Jean-François Jeanne, Laëtitia Demaretz, Florent Schäfer, and Guy Fagherazzi. 2020. "Rethinking the Use of Mobile Apps for Dietary Assessment in Medical Research." *Journal of Medical Internet Research* 22 (6): e15619.
- Körver, Simon, Gert J Geurtsen, Carla EM Hollak, Ivo N van Schaik, Maria GF Longo, Marjana R Lima, Leonardo Vedolin, Marcel GW Dijkgraaf, and Mirjam Langeveld. 2020. "Depressive Symptoms in Fabry Disease: The Importance of Coping, Subjective Health Perception and Pain." *Orphanet Journal of Rare Diseases* 15: 1–9.
- Krikorian, Alicia, and Joaquin T Limonero. 2012. "An Integrated View of Suffering in Palliative Care." *Journal of Palliative Care* 28 (1): 41–49.
- Laney, Dawn Alyssia, Daniel J Gruskin, Paul M Fernhoff, Joseph F Cubells, Opal Y Ousley, Heather Hipp, and Ami J Mehta. 2010. "Social-Adaptive and Psychological Functioning of Patients Affected by Fabry Disease." *Journal of Inherited Metabolic Disease: Official Journal of the Society for the Study of Inborn Errors of Metabolism* 33: 73–81.
- Lau, Nancy, Alison O'Daffer, Susannah Colt, P Joyce, Tonya M Palermo, Elizabeth McCauley, Abby R Rosenberg, et al. 2020. "Android and iPhone Mobile Apps for Psychosocial Wellness and Stress Management: Systematic Search in App Stores and Literature Review." *JMIR mHealth and uHealth* 8 (5): e17798.
- Maiorani, Chiara, Isabel Fernandez, Vito Tummino, Daniela Verdi, Eugenio Gallina, and Marco Pagani. 2022. "Adolescence and COVID-19: Traumatic Stress and Social Distancing in the Italian Epicenter of Pandemic." *Journal of Integrative Neuroscience* 21 (5): 143.
- Mancuso, Katia. 2021. "Mieloma Multiplo: Identificazione Di Fattori Prognostici, Biomarcatori Di Risposta Alla Terapia, Evoluzione Clonale e Di Terapie Innovative e Personalizzate."
- Marcucci, Federico, Iacopo Belcari, Martina Rossi, Stefano Rossi, and Antonella Ciaramella. 2021. "Relazione Tra Fenomenologia Della Coscienza Ed Effetti Di Un Intervento Ipnocico: Studio Preliminare Di Un Programma Integrato Di Self-Management Per Il Dolore Cronico." *IPNOSI*, no. 2021/1.
- Martínez-Pérez, Borja, Isabel De La Torre-Díez, and Miguel López-Coronado. 2013. "Mobile Health Applications for the Most Prevalent Conditions by the World Health Organization: Review and Analysis." *Journal of Medical Internet Research* 15 (6): e120.
- Moroni, L, C Sguazzin, L Filippini, G Bruletti, S Callegari, E Galante, I Giorgi, G Majani, and G Bertolotti. 2008. "Caregiver Need Assessment: Uno Strumento Di Analisi Dei Bisogni Del Caregiver." *G Ital Med Lav Erg* 30 (3): 19–23.
- Neto, Nilton Salles Rosa, Judith Campos de Barros Bento, and Rosa Maria Rodrigues Pereira. 2020. "Depression, Sleep Disturbances, Pain, Disability and Quality of LIFE in Brazilian Fabry Disease Patients." *Molecular Genetics and Metabolism Reports* 22: 100547.
- Nielsen, Lene Kongsgaard, Rikke Faebo Larsen, Lene Jarlbaek, Sören Möller, and Eva Jespersen. 2021. "Health-Related Quality of Life in Patients with Multiple Myeloma Participating in a Multidisciplinary Rehabilitation Program." *Annals of Hematology* 100 (9): 2311–23.
- O'Donnell, Elizabeth K, Yael N Shapiro, Andrew J Yee, Omar Nadeem, Bonnie Y Hu, Jacob P Laubach, Andrew R Branagan, et al. 2022. "Quality of Life, Psychological Distress, and Prognostic Perceptions in Patients with Multiple Myeloma." *Cancer* 128 (10): 1996–2004.
- "Oncoematologia Di Prossimità; Per Migliorare La Qualità; Di Vita Dei Pazienti: Il Modello Mieloma Multiplo;SICS Editore — Sicseditore.it."
- Pereira, M Graça, Isa Silva, Marta Pereira, Sara Faria, Bruna Silva, Sara Monteiro, and Gabriela Ferreira. 2020. "Unmet Needs and Quality of Life in Multiple Myeloma Patients." *Journal of Health Psychology* 25 (10-11): 1717–31.

- Pogliaghi, Silvia. "Telemedicina, Empatia Medico e Paziente Possibile Anche a Distanza — Medicoepaziente.it."
- Pollak, John P, Phil Adams, and Geri Gay. 2011. "PAM: A Photographic Affect Meter for Frequent, in Situ Measurement of Affect," 725-34.
- Pubblicazioni, In primo piano. 2020. "AIRTUM: Linfoma Di Hodgkin Nei Bambini e Adolescenti Italiani."
- Rajan, Jonathan Niranjana, Katharine Ireland, Richard Johnson, and Karolina M Stepien. 2021. "Review of Mechanisms, Pharmacological Management, Psychosocial Implications, and Holistic Treatment of Pain in Fabry Disease." *Journal of Clinical Medicine* 10 (18): 4168.
- Redazione. "Telemedicina, Dalla Piattaforma WelCare Un Esempio Di Successo — Osservatoriomalattierare.it."
- Symer, Matthew M, Jonathan S Abelson, Jeffrey Milsom, Bridget McClure, and Heather L Yeo. 2017. "A Mobile Health Application to Track Patients After Gastrointestinal Surgery: Results from a Pilot Study." *Journal of Gastrointestinal Surgery* 21 (9): 1500-1505.
- Tabi, Katarina, Abnashi Singh Randhawa, Fiona Choi, Zamina Mithani, Friederike Albers, Maren Schnieder, Mohammadali Nikoo, et al. 2019. "Mobile Apps for Medication Management: Review and Analysis." *JMIR mHealth and uHealth* 7 (9): e13608.
- "Telemedicina: Quanto Piace Ai Pazienti e Ai Familiari Caregiver? — Repubblica.it." *La Repubblica*.
- Torre-Luque, Alejandro de la, Hilda Gambara, Escarlata López, and Juan Antonio Cruzado. 2016. "Psychological Treatments to Improve Quality of Life in Cancer Contexts: A Meta-Analysis." *International Journal of Clinical and Health Psychology* 16 (2): 211-19.
- Twomey, Conal, Gary O'Reilly, and Björn Meyer. 2017. "Effectiveness of an Individually-Tailored Computerised CBT Programme (Deprexis) for Depression: A Meta-Analysis." *Psychiatry Research* 256: 371-77.
- Winterowd, Carrie, Aaron T Beck, and Daniel Gruener. 2004. "Cognitive Therapy with Chronic Pain Patients." *Wiley Online Library*.
- Zani, Bruna. 1999. *Le Vie Del Benessere: Eventi Di Vita e Strategie Di Coping*. Carocci.

The role of the psychologist in a health-related multidisciplinary team for the treatment of a patient with multiple myeloma

Multiple Myeloma (MM) is the second most frequent hematological disease. According to the Multiple Myeloma Therapy Guidelines, published in Rome on 23 April 2021, 1:94 male individuals and 1:133 female individuals may be affected in their lifetime (Pubblicazioni 2020). MM has a huge impact in terms of mortality rate, morbidity, healthcare costs and social costs. The use of Mobile Apps appears to be helpful in Medication Management, coping, organization and logistics, and a very efficient way to meet the patient's and the caregiver's needs.

KEYWORDS: Digital healthcare, therapy, wellbeing

link
■ sessualità



ILLUSTRAZIONE ANDREA ROSSO

La sessualità di coppia quando un figlio non arriva

A couple's sexuality, when a child does not come

MARISA D'ARRIGO*

PAROLE CHIAVE: Sessualità, infertilità, genitorialità

Nella seconda metà dell'ottocento Freud, con la sua rivoluzionaria scoperta dell'inconscio, riconduceva alla libido sessuale (Eros) e alla pulsione di morte (Thanatos) la dinamica alla base della vita umana. Questa teorizzazione era il frutto di una società fortemente sessuofobica ed ha il merito di aver visto la sessualità come un'importante ed imprescindibile espressione dell'umano e, come tale, di averla fatta diventare oggetto di interesse scientifico e non solo di dettame religioso

A partire dagli anni '60-'70 del secolo scorso, grazie alle conoscenze e all'introduzione di contraccettivi efficaci e di facile accesso per tutti, è stato possibile separare la sessualità dalla riproduzione. Si è avuta quella che è stata chiamata "rivoluzione sessuale", un fenomeno culturale e di massa che ha profondamente cambiato la convivenza sociale, il rapporto tra i sessi, in ultima analisi, la visione del mondo ed il cui impatto trasformativo è in azione ancora oggi.

Sono avvenuti infatti cambiamenti veramente rivoluzionari: l'introduzione del divorzio, l'autodeterminazione della donna e la sua libertà di interrompere la gravidanza, la considerazione dell'omosessualità come orientamento sessuale naturale del genere umano...

Questo processo rivoluzionario è ancora in corso ed aspira all'instaurazione, nell'ambito dell'intimità, di una «relazione pura», basata sulla parità sessuale, sentimentale ed emozionale, libera dai vincoli della riproduzione, dagli stereotipi di genere, da un atteggiamento falocratico e patriarcale: si parla infatti di fluidità sessuale, di una sessualità cioè, come la definisce Giddens (1992), duttile o plastica, in cui genere e orientamento sessuale non hanno più significato e importanza. Secondo questa teorizzazione gli individui potrebbero finalmente abbattere i muri delle differenze apparentemente costituzionali, osservando le sole dissomiglianze personali e valorizzandole in quanto tali.

L'importanza della sessualità

Tutto questo dimostra come la sessualità sia e resti un elemento fondante dell'identità, in cui si riverberano, oltre ad aspetti di tipo culturale e sociale, anche quelli relativi al livello evolutivo del singolo, al funzionamento dell'Io, ai processi di adattamento individuale ed aspetti più profondi, attinenti alle determinanti inconse.

Ci sono infiniti modi di descrivere e vivere la sessualità nel rispetto di sé e degli altri.

La sessualità infatti ci dice chi siamo, che valore diamo al nostro essere, in che modo entriamo in relazione con l'altro e che valore gli diamo, quali sono i nostri processi di pensiero, qual è il nostro livello di maturità e di autonomizzazione

dalle figure parentali e molto altro... uno scrigno entro il quale è racchiuso molto di noi.

Le svariate dimensioni che la compongono (immaginativa, relazionale, biologica, sociale, ludica, riproduttiva) necessitano di integrazione e di un costante intreccio con finalità di armonia e di compensazione.

Desiderio di un figlio e desiderio tra i partner

Un bambino nasce, o dovrebbe sempre nascere, da un desiderio (desiderio di generatività ma anche di genitorialità), non da un obbligo economico, sociale e culturale, come spesso accadeva in passato, né tantomeno da un diritto, come emerge nell'attualità in tante divisive battaglie sull'argomento.

E questo desiderio di un figlio rimanda al desiderio tra i partners, alla tensione di attrazione sessuale tra di loro.

Desiderio, come sappiamo, deriva da *de-sidera*, letteralmente *manca delle stelle*. Mancanza di stelle che, pur essendo irraggiungibili, hanno una importantissima ed imprescindibile funzione di attrazione e di orientamento nelle umane vicende.

Il desiderio rappresenta una vera e propria carica energetica, la scintilla fecondante.

Esiste uno strettissimo ed ineludibile rapporto tra desiderio di un figlio e desiderio tra i partners. Ma non abbiamo detto che ormai sessualità e finalità riproduttiva possono camminare su binari differenti? Fare sesso senza fare un figlio, così come, grazie alle moderne biotecnologie, fare un figlio senza fare sesso?

Ricordiamo la differenza esistente in psicologia tra due termini: *separazione* e *scissione*.

La *separazione* ha una valenza evolutiva, è alla base di ogni forma di definizione, non nega l'esistenza dell'altro, anzi, attraverso la differenziazione, lo riconosce: è quindi un atto di acquisizione di identità e di consapevolezza che permette l'attribuzione di significato e di valore specifico. La *scissione* invece è una difesa primaria dell'io ed è indicativa di una tendenza a percepire se stessi, gli altri o le situazioni in termini assoluti e polarizzati. La scissione tende a negare l'altro polo, è un'amputazione, un attacco alla completezza delle persone e alla complessità delle umane vicende.

Se si può considerare la *separazione* tra sessualità e procreazione una vera e propria conquista perché ha permesso alle donne di vivere più pienamente il proprio corpo, di programmare la nascita di un figlio, di sentirsi, in ultima analisi, più libere, gli effetti della *scissione* hanno portato a veri e propri squilibri sia in passato che nell'attualità. In epoca vittoriana ad esempio la sessualità, scissa e negata nel suo valore intrinseco, sembrava accessibile solo strumentalmente per la sua finalità procreativa, così come espresso dal motto "*Non lo fo per piacer mio ma per dare un figlio a Dio*" frequentemente ricamato a punto croce sul corredo nuziale.

Oggi assistiamo ad una enfattizzazione ed esasperazione della sessualità, ad una sua riduzione alla dimensione consumistica e prestazionale, scissa dall'aspetto relazionale ed affettivo, o, viceversa, ad una sua negazione, in una dimensione asessuale¹.

Ma qual è il rapporto tra sessualità, difficoltà procreative e tecniche di procreazione medicalmente assistita?

In una ricerca che abbiamo condotto qualche anno fa su 150 coppie afferenti ad un Servizio di Fisiopatologia della Riproduzione Umana (D'Arrigo M. et al, 2018) più del 50% delle coppie riconosceva l'esistenza (nell'attualità o nel passato) di problematiche relative alla sfera sessuale (per le donne il problema più sentito era la penetrazione dolorosa, per gli uomini l'eiaculazione precoce).

Le problematiche sessuali erano però riferite prevalentemente come «superate» e, comunque, non apparivano centrali. In questo, come in altri ambiti, sembrava

La separazione ha una valenza evolutiva, non nega l'esistenza dell'altro, anzi, attraverso la differenziazione, lo riconosce: è quindi un atto di acquisizione di identità e di consapevolezza che permette l'attribuzione di significato e di valore specifico. La scissione invece è una difesa primaria dell'io ed è indicativa di una tendenza a percepire se stessi, gli altri o le situazioni in termini assoluti e polarizzati. La scissione tende a negare l'altro polo, è un'amputazione, un attacco alla completezza delle persone e alla complessità delle umane vicende

Il questionario, compilato dai due partner contemplava anche domande specifiche sulla sessualità: è raro infatti che le coppie parlino spontaneamente della loro vita sessuale. Generalmente non fanno cenno alle ricadute delle difficoltà procreative sul piano della percezione del loro corpo e della relazione. L'emergenza e l'urgenza del progetto procreativo sembrano oscurare e mettere in secondo piano, se non addirittura in dissolvenza, tutto il resto

prevalere la tendenza alla normalizzazione e l'elusione del sentire soggettivo. Il progetto procreativo metteva in secondo piano l'attenzione alla sessualità, che non veniva più percepita come un importante e problematico aspetto della vita di coppia².

I dati sono stati ricavati da un questionario, compilato dai due partner, che contemplava, tra le varie domande, anche domande specifiche sulla sessualità: è raro infatti che le coppie parlino spontaneamente della loro vita sessuale. Generalmente non fanno cenno alle ricadute delle difficoltà procreative sul piano della percezione del loro corpo e della relazione. L'emergenza e l'urgenza del progetto procreativo sembrano oscurare e mettere in secondo piano, se non addirittura in dissolvenza, tutto il resto. Questo è amplificato anche dal fatto che frequentemente, nei centri che si occupano di problematiche connesse con la riproduzione, non si fa una vera analisi della domanda (le classiche: *Chi chiede? Cosa chiede? Perché chiede? A quale fine chiede? Perché ora?*). Solo un ascolto attento e partecipe, che dia quindi un tempo ed uno spazio dedicati e definiti, permette di andare oltre la semplice raccolta di un'anamnesi e la letteralità della richiesta.

Se non si chiede non si sa. Ma, quanto sono attenti gli operatori alla dimensione sessuale e quanto sono disponibili ad entrare in questa sfera dell'intimità delle coppie?

I medici sono abituati a toccare i corpi, gli psicologi entrano nell'intimità emotiva: la sessualità è una dimensione di confine che riguarda entrambi questi aspetti e che, se oggetto di attenzione, potrebbe permettere una reale presa in carico della coppia e del suo complessivo benessere di vita.

La letteratura

In letteratura gli studi, anche più recenti, confermano di fatto quelle che sembrano ovvietà:

- I disturbi sessuali raramente sono causa di infertilità (Piva I. et al. 2014)
- Esiste invece un rapporto tra condizione di infertilità e disfunzioni sessuali (Piva I. et al. 2014, Facchin F. et al. 2019; Leeners B. et al. 2023; Tetecher L. et al. 2023).
- La qualità di vita sessuale peggiora in coincidenza con le tecniche di PMA (Luca G. et al. 2021; Starc A. et al. 2022).
- Si registra un abbassamento della funzione sessuale nelle donne con ripetuti fallimenti di impianto, in seguito a tecniche di PMA (Ghorbani S. et al. 2022).
- Lo stress da infertilità (con conseguente peggioramento della vita sessuale) colpisce più le donne che gli uomini (Amraei S. et al 2022)
- Tra le componenti dello stress sono da includere anche la durata ed il costo dei trattamenti (Amraei S. et al 2022).
- Tutti gli studi concordano sulla positività ed opportunità di uno spazio di consulenza psicologica per prevenire e migliorare la qualità della vita e, nello specifico, della vita sessuale (Piva I. et al. 2014; Facchin F. et al. 2019; Luca G. et al. 2021; Amraei S. et al 2022; Alirezai S. et al. 2022; Starc A. et al. 2022; Leeners B. et al. 2023; Saadedine M. et al. 2023; Tetecher L. et al. 2023).

La Consulenza Psicologica

Centrale risulta la Consulenza Psicologica, occasione per i membri della coppia di riflessione e di contatto con i propri vissuti, che permette di collegare il desiderio di un figlio con la dimensione del desiderio tra di loro. L'inizio di un percorso finalizzato alla procreazione può aiutare la coppia a riappropriarsi della propria intimità e a riscoprire nella propria sessualità, oltre ad una finalità riproduttiva, anche quella ludica e comunicativa.

Durante la consulenza psicologica è infatti possibile cogliere:

- l'esistenza di un eventuale sintomo specifico nella sfera sessuale;
- se questo sintomo è primitivo o acquisito;
- se c'è un aspetto situazionale, cioè se le difficoltà compaiono elettivamente solo in alcune situazioni;
- se c'è una ipoattività del desiderio, con una compromissione del livello immaginativo;
- le componenti emotive e cognitive, cioè come i membri della coppia sentono e pensano in riferimento al proprio corpo;
- l'eventuale presenza di stati depressivi.

La possibile individuazione di un'area di specifica difficoltà e compromissione può poi suggerire l'invio ad uno psicossessuologo che possa valutare l'attività preliminare, l'autoerotismo, l'opportunità di scomporre l'atto sessuale nelle sue unità per riproporle alla coppia attraverso funzioni da svolgere a casa in maniera consapevole.

La problematica sessuale può essere primaria o secondaria, quest'ultima derivante dal corto circuito attivato con la ricerca del figlio.

Anche il sintomo può essere primitivo (che necessita quindi di un trattamento sulla struttura della personalità) o secondario (che implica l'individuazione di eventuali eventi critici scatenanti).

Di fronte a pazienti molto giovani con difficoltà sessuali è importante lavorare per riequilibrare la vita affettivo-sessuale. Con pazienti più adulti, pur restando importante un lavoro che dia senso e valore alla relazione ed alla sua espressione sessuale, diventa prioritario il lavoro sugli aspetti procreativi.

La sessualità è uno scrigno dentro il quale è racchiuso molto di noi, e dietro un problema sessuale ci possono essere problemi funzionali, relazionali, culturali. Il disagio emotivo ne può essere la causa e ne è sempre un effetto.

Di fronte a pazienti molto giovani con difficoltà sessuali è importante lavorare per riequilibrare la vita affettivo-sessuale. Con pazienti più adulti, pur restando importante un lavoro che dia senso e valore alla relazione ed alla sua espressione sessuale, diventa prioritario il lavoro sugli aspetti procreativi

Problematiche sessuali

Utilizzando la classificazione diagnostica del DSM-IV, le Disfunzioni Sessuali comprendono: i Disturbi del Desiderio Sessuale (Disturbo da Desiderio Sessuale Ipoattivo, Disturbo da Avversione Sessuale); i Disturbi dell'Eccitazione Sessuale (Disturbo dell'Eccitazione Sessuale Femminile, Disturbo Maschile dell'Erezione)³. Ci possiamo trovare di fronte a svariate sintomatologie che ci possono raccontare molto di quell'uomo e di quella donna, del bambino o della bambina che sono stati, di quella coppia, della qualità della loro relazione, del contratto implicito e sotteso al loro progetto di vita e tanto altro ancora...

Ad esempio, cosa ci dice:

.... una precocità eiaculatoria? Ci presenta forse, a causa dell'ipersensibilità del glande, un bambino che si è conosciuto ed esplorato poco (per inibizione, dettami educativi, culturali, religiosi)? O un uomo che ha difficoltà nel controllare la propria struttura impulsiva? E quale vissuto associa alla propria eiaculazione? E' come "farsi un'abbuffata" o sentire di "precipitare da una montagna"?

....una difficoltà erettile? Che tipo di uomo ci presenta? Un depresso, con un'alterazione del desiderio di vita e, quindi, anche di eros? Un ansioso che ha paura dell'intimità sessuale, della sua aggressività e di perdere il controllo? Che teme di dover essere punito o che ha una fragile identità sessuale? Come si colloca di fronte alle sue difficoltà? Fa lo "spettatore" in attesa che si confermi il disastro temuto? E la compagna, come reagisce? Si sente offesa, non amata, svalutata?

... un vaginismo? Ci lascia intravedere una donna condizionata da una forte paura anticipatoria all'idea della penetrazione ma che magari ha anche altre fobie (agorafobia, claustrofobia ecc.)? Come vive la penetrazione? Come un pericoloso attacco fisico? Come una perdita di controllo sul proprio corpo? Come un temibile lasciarsi andare? Quanto riesce a dare importanza allo sguardo e alle carezze? Ad accoglierle e a farle? E i membri della coppia sono forse prigionieri entrambi di una simmetrica paura di penetrazione (di essere penetrata lei ma anche di penetrare lui)?

Se recuperiamo la sessualità nel suo aspetto di gioco, piacere, comunicazione, possiamo aiutare le persone ad accedere ad una sessualità piacevole, anche se lontana ad esempio dal rapporto introduttivo. Questo vale per i problemi di erezione, per l'endometriosi e per il recupero della sessualità nei pazienti oncologici. In questi pazienti infatti le terapie hanno un impatto sulla fertilità ma anche sulla sessualità

Quello che allontana le coppie non è la disfunzione ma il fatto che concentrandosi su di essa si esclude il partner. La comunicazione è frequentemente difficile perché ci si attiene a degli stereotipi, al tipo di uomo e al tipo di donna che ognuno immagina di essere, di dover essere o vorrebbe essere.

Se recuperiamo la sessualità nel suo aspetto di gioco, piacere, comunicazione, possiamo aiutare le persone ad accedere ad una sessualità piacevole, anche se lontana ad esempio dal rapporto introduttivo. Questo vale per i problemi di erezione, per l'endometriosi e per il recupero della sessualità nei pazienti oncologici. In questi pazienti infatti le terapie hanno un impatto sulla fertilità ma anche sulla sessualità. La donna che ha subito degli interventi chirurgici o che si sottopone a cure oncologiche, ad esempio, può vivere il suo corpo come non attrattivo e la sua vagina come inospitale. Questo è molto pesante, soprattutto nelle coppie eterosessuali dove la sessualità è prevalentemente introduttiva e soggetta a performance. Del resto la sessualità introduttiva risente molto dell'aspetto culturale. Le coppie omosessuali recuperano più facilmente una sessualità, perché la loro è già una sessualità non unicamente introduttiva.

Matrimoni bianchi

Che dire di quelli che sono definiti "matrimoni bianchi"?

Nel rapporto Censis-Bayer sui Nuovi Comportamenti Sessuali degli Italiani (2018) risultava che l'incidenza percentuale dei matrimoni bianchi era del 30%. Il dato, anche se vecchio, ha un'impressionante rilevanza percentuale. Nell'ultimo rapporto si parla di circa 220mila giovani 18-40enni coinvolti in relazioni stabili senza sesso.

Non è raro incontrare coppie che non hanno rapporti sessuali e che chiedono di accedere alle tecniche di PMA. Naturalmente non ci si riferisce a quei casi in cui una malattia o un incidente hanno reso impossibile vivere una piena sessualità.

Le coppie che vivono questa condizione sono naturalmente ancora più restie delle altre a parlare della loro vita sessuale e ad affrontare la tematica. Non a caso, infatti, invece di andare da un sessuologo si rivolgono ad un centro di cura della sterilità, come se riuscire ad "ottenere" un bambino – che è la testimonianza di un atto d'amore sessuale- permetta loro di non raccontare e di non raccontarsi l'esistenza di un problema e rappresenti un'illusoria conferma di "normalità".

Illustro due brevi vignette cliniche:

– *Elisa ed Ugo*. Hanno sempre avuto delle forti difficoltà nella loro vita sessuale, ma sembrano incapaci di focalizzarle, anzi pare proprio che il rivolgersi ad un centro per la cura della sterilità sia stata l'inconsapevole occasione per parlare dell'argomento. Sono una coppia molto affiatata. Ugo ha avuto ed ha dei gravi e cronici problemi di salute. Elisa, che è medico, è tutta tesa a proteggerlo e tutelarlo. Tra di loro c'è una forte attrazione sessuale, il loro modo di fare l'amore è anche giocoso, si dedicano tempo ed attenzione in maniera reciprocamente soddisfacente ma non riescono ad avere un rapporto introduttivo, perché Elisa si irrigidisce e sente male. Lei riferisce che anche durante la visita ginecologica ha avuto una forte contrazione ma la reazione del ginecologo che "è stato deciso" nell'introdurre lo speculum le ha fatto superare il limite. Parlare di questi argomenti permette di avanzare l'ipotesi che a letto Elvira si aspetti da Ugo un atteggiamento più deciso e meno timoroso. A distanza di qualche mese, prima ancora di iniziare un percorso di PMA, tornano per comunicare di aspettare un bambino. La qualità della loro vita sessuale è decisamente migliorata.

– *Ada e Roberto*. Dopo un fidanzamento di otto anni in cui non hanno mai avuto rapporti completi perché lei voleva arrivare vergine al matrimonio, si sono finalmente sposati due anni fa e la loro vita sessuale si è progressivamente ulteriormente impoverita. Ada ritiene che, poiché Roberto ha il suo "sfogo", tutto sia a posto e vive con insofferenza le sue richieste. Roberto ha sempre lasciato correre, per evitare situazioni di conflittualità. Solamente nel momento in cui si è affacciato il desiderio di avere un figlio ha dovuto riconoscere la sua insoddisfazione

e l'esistenza di un problema. Il loro rapporto si è venuto caricando di elementi di aggressività. Lei lo accusa di problemi erettili che non gli permettono la deflorazione, lui la sollecita a masturbarsi, cosa che lei aborrisce. Non accettano, soprattutto Ada, la proposta di una consulenza psicologica più approfondita e strutturata. Sull'onda del rifiuto e della negazione della portata psicologica e relazionale del problema, lei si sottopone ad un'operazione di rimozione chirurgica dell'imene che, neanche a dirlo, non cambia nulla.

L'impatto delle tecniche

Già nella citata review del 2014 (Piva et al. 2014) si confermava come i disturbi sessuali si manifestino prevalentemente come conseguenza dell'assenza involontaria di figli e delle tecniche di riproduzione assistita.

Ogni intervento medico nella ricerca di un figlio rappresenta infatti una violazione della intimità della coppia. Anche la semplice indicazione di rapporti mirati ha un effetto alterante l'equilibrio psichico delle persone: aumento dell'ansia, sensazione di costrizione, abbassamento della carica libidica, nascita di tensioni, sensazione di inutilità dei rapporti sessuali se non finalizzati alla procreazione, oppure ricerca ossessiva e compulsiva del rapporto sessuale perché *"ogni occasione può essere quella buona"*.

Interventi più invasivi, depersonalizzanti (pensiamo alla fecondazione con donazione), fallimentari e ripetuti nel tempo hanno un vero e proprio effetto devastante sulla qualità della vita delle persone e, conseguentemente, sulla relazione e sulla sessualità.

E, quando alla fine un bambino riesce a nascere, di quali proiezioni sarà contenitore? Sono molti gli interrogativi che si affacciano: Come rientrano nella storia delle sue origini e contribuiscono alla strutturazione della sua identità la sessualità dei genitori e la qualità del loro desiderio? Ad esempio, "un figlio concepito .. nel vuoto di desiderio, non di lui ma tra i genitori come funzionerà? Dovrà forse inconsapevolmente compensare questa assenza?" (D'Arrigo M. 2008).

Sessualità, affettività e procreazione non sono un blocco unico né tantomeno aspetti scissi del vivere umano ma aspetti differenti strettamente intrecciati che traggono da questo intreccio, tutto personale, valore e rinforzo: è importante riportare il sesso alla dimensione di gioco, curare la comunicazione, invitare a mantenere la frequenza di contatto.

Compito di noi operatori è avere consapevolezza di tanta complessità ed offrire alle coppie un reale accompagnamento, uno spazio di ascolto, ma anche di contenimento, espressione, elaborazione e riunificazione. E questo significa accompagnarli anche a dire basta! Ad accettare ed accogliere cioè un progetto di vita senza figli, nel quale creatività, fertilità, genitorialità si possano esprimere con modalità diverse ed assolutamente personali.

Un attento lavoro in tal senso fa sì che il percorso di PMA possa configurarsi *come una opportunità*, non solo di diventare genitori, ma anche di acquisire maggiori consapevolezza e benessere.

Lo scenario dell'attualità

In conclusione non è possibile parlare di sessualità senza allargare lo sguardo sullo scenario che ci è offerto dall'attualità: nascono sempre meno bambini perché c'è un calo della fertilità (sia maschile che femminile) e perché si tende a fare i figli troppo tardi.

C'è anche un altro problema: il calo di interesse per l'attività sessuale, sotto l'influenza di pressioni sociali e ansia da prestazione. La sessualità è sempre più parlata ed esibita e sempre meno vissuta. La conoscenza della sessualità avviene, complice internet, attraverso le immagini pornografiche che non sono più preparatorie all'incontro ed alla relazione con l'altro, ma saturano tutti gli spazi, anche quelli di desiderio ed affettività.

Secondo la Polizia di Stato il 30% dei ragazzi tra gli 11 e i 12 anni consuma por-

Ogni intervento medico nella ricerca di un figlio è una violazione della intimità della coppia. Anche la semplice indicazione di rapporti mirati ha un effetto alterante l'equilibrio psichico delle persone: aumento dell'ansia, sensazione di costrizione, abbassamento della carica libidica, nascita di tensioni, sensazione di inutilità dei rapporti sessuali se non finalizzati alla procreazione, oppure ricerca ossessiva e compulsiva del rapporto sessuale

nografia on line e di questi l'80% sono maschi (De Luca M.N. 2023). Le app di incontri su Internet sono frequentatissime e il mercato propone stili di vita sessuale strani, ambigui e violenti.

Lo psicoanalista Luigi Zoja (2022) ritiene che la vita erotica del XXI secolo incontra nuovi problemi perché l'amore è stato privato del mito.

La sessualità nel suo aspetto relazionale è sempre più faticosa ed è percepita come pericolosa (perché mette in contatto con l'ignoto, il dolore, la frustrazione, il rischio di perdita e fallimento); viene allora utilizzata compulsivamente come un oggetto di consumo o si fissa a forme, come l'autoerotismo, dove non c'è il confronto con l'altro.

Si assiste a quel fenomeno che viene definito Sex Recession, una diminuzione dell'attività sessuale, nel suo aspetto comunicativo, relazionale, progettuale, cosa che di fatto aumenta le sacche di isolamento e ritiro sociale.

Questo calo del desiderio sessuale provoca uno squilibrio: il rapporto tra i sessi è diventato un campo di battaglia, dove purtroppo si contano a centinaia le vittime e c'è una diminuzione della felicità. Bisogna allora lavorare con i giovani, aiutarli a tenere insieme i vari aspetti del loro essere umani, ad acquisire consapevolezza delle proprie potenzialità e a progettarsi nel futuro. E questo è un compito di tipo culturale che anagraficamente e professionalmente tocca anche a noi operatori della salute mentale.

*Psicologa Clinica, Analista junghiana

NOTE

1. L'asessualità (con tutte le sue sottocategorie quale ad esempio la demisessualità, cioè la mancanza di attrazione sessuale in assenza di un coinvolgimento emotivo/affettivo) viene considerata uno dei possibili orientamenti sessuali (Vocabolario Treccani: asessualità s. f. Orientamento sessuale proprio di chi non prova attrazione sessuale per altri individui e non è interessato al sesso)

2. È da sottolineare che una minoranza delle coppie (8%) riferiva, con l'inizio del percorso procreativo, un miglioramento nella relazione, un aumento del dialogo, della comprensione e della complicità di coppia. Questo dato sembrerebbe indicare come la scoperta di una difficoltà/problematica riproduttiva, l'introduzione quindi di una variabile nuova all'interno del progetto di vita, possa rappresentare, anche se in una esigua minoranza, una sorta di occasione per "scegliersi" nuovamente, una specie di "rinnovo della promessa" (D'Arrigo M. et al., 2018

3. Ci riferiamo al DSM IV, invece che al DSM V, perché a parere di molti studiosi più chiaro ed organizzato sul piano della classificazione e quindi più utile per una finalità esplicativa.

BIBLIOGRAFIA

Amrarei S., Abedi P., Nikbakht R., Tadayon M., Maraghi E., Does Infertility Stress Impair Sexual Function in Infertile Women and Men? A Cross-Sectional Study in Iran, *Front Med (Lausanne)* 2022 Jun.

Alirezai S., Taghipour A., Roudsari R.L., The effect of infertility counseling interventions on marital and sexual satisfaction of infertile couples: A systematic review and meta-analysis, *Int J Reprod Biomed.* 2022 No.

D'Arrigo M., *Se i bambini non arrivano*, Liguori Napoli 2008.

D'Arrigo M., Miraglia O., Iannantuoni N., Capuozzo C., *Desiderio di un figlio e Mappa Esistenziale: tipologia delle coppie che afferiscono ad un percorso di PMA*, Link 2018.

De Luca M.N., *Porno e bad sex la generazione senza più amore*, Repubblica 9\10\23..

DSM IV TR, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson.

Facchin F., Somigliana E., Busnelli A., Catavorello A., Barbara G., Vercellini P. Infertility-related distress and female sexual function during assisted reproduction Observational Study, *Hum Reprod.* 2019 Jun.

Giddens A., *La trasformazione dell'intimità. Sessualità, amore ed erotismo nelle società moderne (1992)*, Il Mulino 2013.

Ghorbani S., Abedi P., Hekmat K., Ghanbari S., Dibavand N., Recurrent implantation failure and sexual function in infertile Iranian women: a comparative cross sectional study, *Reprod Health.* 2022 Apr.

Guizzardi L. «Facciamo un figlio?». La presenza del Terzo nel progetto di due mamme o di due papà di avere un figlio. *Sociologia Italiana* apr. 2020

Leeners B., Tschudin S., Wischmann T., Kalaitzopoulos D., Sexual dysfunction and disorders as a consequence of infertility: a systematic review and meta-analysis, *Hum Reprod Update*. 2023 Jan.

Luca G., Paretini S., Sansone A., Jannini E.A., The Inferto-Sex Syndrome (ISS): sexual dysfunction in fertility care setting and assisted reproduction, *J Endocrinol Invest*. 2021 Oct.

Piva I., Lo Monte G., Graziano A., A literature review on the relationship between infertility and sexual dysfunction: does fun end with baby making? *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2014 Aug.

Saadedine M. et al, History of infertility and sexual dysfunction in midlife women: Is there a link? *J Sex Med* 2023 Aug.

Starc A., Aljija S., Jukic T., Gosmak R., Rotim A., Jukić D., Sexual Function and in Vitro Fertilization, *Acta Clin Croat* 2022 Dec.

Tetecher L., Cocchiario T., Guarino A., Giannini T., Maucione S., Di Trani M., Rago R., Ciocca G., Sexological and traumatic aspects in reproductive difficulties: a psychometric study on couples seeking help for infertility, *J Endocrinol Invest*. 2023 Jun.

Zoja L., *Il declino del desiderio*, Feltrinelli Milano 2022.

A couple's sexuality, when a child does not come

In the second half of the XIX century Freud discovered the unconscious and the extraordinary power of sexual energy (Eros), letting sexuality free from the bonds of morality and religion.

The article highlights the problems of couples wanting to have a child who seek professional help for infertility. The process of assisted reproduction involves for the partners a better understanding of each other and, hopefully, in many cases, improves their approach to sexuality.

KEYWORDS: Sexuality, infertility, parenthood

link
■ ricerche



ILLUSTRAZIONE ANDREA ROSSO

Aggressioni e atti di violenza a danno del personale delle aziende sanitarie: valutazione del benessere e del burn out negli operatori

Aggressions and acts of violence against health company staff: assessment of well-being and burnout levels in operators

GLORIA MASSIRONI¹, LAURA GRIGOLETTI², ALESSANDRA GIACOMINELLI³, FABRIZIO VARALTA⁴, IMELDA ROMANO⁵, PIETRO MADERA⁵, ANTONIA BALLOTTIN⁶

Si ringraziano le colleghe dott.ssa Giuseppina Baldo e dott.ssa Alessia Mai per il contributo nella raccolta dei dati

PAROLE CHIAVE: Personale sanitario, burn out, aggressione, violenza

Nel contesto del settore Sanità e Servizi Sociali, tra i rischi maggiormente ricorrenti vi è il pericolo di aggressione e/o atti di violenza contro i professionisti sanitari. Tali episodi determinano conseguenze che ricadono sia sul singolo operatore direttamente coinvolto sia sui colleghi che hanno assistito, e che spesso si associano a condizioni di ansia, paura, malessere generale, depersonalizzazione, esaurimento emotivo e burn out

Per aumentare il livello di consapevolezza rispetto ai segnali predittivi di comportamenti aggressivi, l'Azienda ULSS 9 Scaligera, a partire dal 2023, ha organizzato un corso di Formazione per gli operatori, sanitari e non, dal titolo *Aggressioni e atti di violenza a danno del personale delle aziende sanitarie: valutazione del rischio e strategie di prevenzione*.

Durante la formazione, mediante l'uso dei questionari General Health Questionnaire-12 items (GHQ-12) e Maslach Burnout Inventory (MBI) abbiamo indagato il livello di benessere generale degli operatori socio-sanitari e l'eventuale presenza di burn out in termini di esaurimento emotivo, depersonalizzazione e gratificazione personale.

Sono state condotte analisi descrittive ed analisi inferenziali parametriche che hanno rilevato un'alta percentuale di situazioni critiche in cui giocano un ruolo significativo le variabili "età", "ruolo professionale" e "reparto" di appartenenza.

Introduzione

All'interno delle strutture sanitarie e sociosanitarie si sta assistendo a un aumento costante degli episodi di aggressione messi in atto da parte di pazienti e loro congiunti (Civiloti et al., 2021; Abdellah et al., 2017; Ramacciati et al., 2015). Gli ultimi dati Inail (Quotidianosanità.it del 23/11/'23) ci informano che nel

2022 sono state oltre 1.600 le denunce di violenze contro il personale sanitario che hanno prodotto un infortunio. Nella maggior parte dei casi gli aggressori sono stati i pazienti e i loro parenti. In più di sette casi su 10 le vittime sono state donne. Al Nord sono stati denunciati quasi il 60% degli episodi, Lombardia ed Emilia Romagna le regioni più colpite con oltre 250 casi all'anno ciascuna, mentre Veneto, Sicilia, Piemonte Toscana, Lazio e Liguria hanno registrato più di 100 casi l'anno. Si tratta prevalentemente di contusioni e distorsioni, alla testa e agli arti superiori, arrivando a ferite o fratture nel 16% dei casi.

Per comprendere il fenomeno riteniamo si debbano considerare anche la pandemia, fase caratterizzata da un particolare e grave incremento delle aggressioni e violenze da parte dei pazienti e dei loro familiari verso gli operatori (Diaz et al., 2019; Devi, 2020; Moro et al., 2022). L'escalation a cui si è assistito, attribuibile all'ansia e allo stato mentale dei pazienti e dei loro parenti e favorita dal massiccio inserimento di nuovo personale sanitario con minor esperienza, ha sicuramente velocizzato l'adozione delle Legge 14 agosto 2020, n. 113 *Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie*.

L'introduzione di una norma specifica a tutela dei sanitari è stata resa applicativa nel documento di indirizzo regionale relativo alle *Aggressioni ed atti di violenza a danno degli Operatori sanitari. Prevenzione e gestione degli eventi. Guida per gli operatori del Servizio Sanitario della Regione del Veneto (17/02/2022)*, che ha attivato tutte le Aziende Sanitarie del Veneto in un percorso formativo e di gestione comune e condiviso.

La registrazione regionale del fenomeno ha reso possibile l'emersione dei casi che non hanno avuto esiti infortunistici, ma danno indicazioni sugli episodi di aggressività, costituiti prevalentemente da attacchi verbali (tono di voce, minacce, gesti violenti senza contatto fisico). La maggior incidenza è nelle fasce d'età più giovani ed oltre i 60 anni, riguarda prioritariamente la professione infermieristica (67,7%), seguita da personale socio-sanitario (17%) e medici (13,4%); l'aggressore nel 70% dei casi è il paziente stesso, mentre nel 25,9% è il caregiver (Rapporto ONSEPS 2022).

Per prevenire il fenomeno bisogna considerare gli episodi di violenza come eventi sentinella della presenza, nell'ambiente di lavoro, di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori (Ministero delle Salute, 2007).

Quando parliamo di aggressività ci riferiamo alla manifestazione di atteggiamenti e comportamenti volti ad arrecare un danno fisico o psicologico ad un'altra persona. Le teorie psicologiche ne mettono in evidenza le diverse sfaccettature nell'intenzionalità, nell'obiettivo, nella componente istintuale e nelle dinamiche emotive che precedono un comportamento aggressivo (Santillo, 2011).

Gli episodi di violenza determinano conseguenze organizzative, sociali ed economiche riscontrabili nell'aumento delle malattie, assenze dal lavoro, richieste di trasferimento ed elevato turn-over del personale (Schmidtke, 2011)

Gli effetti sull'agredito, e sul gruppo di colleghi che hanno assistito, possono essere importanti oltre che per i danni fisici, per le conseguenze psicologiche che possono esprimersi con sintomi e disturbi, come il disturbo post-traumatico da stress (Gates et al., 2011) il disturbo d'ansia generalizzata e la depressione nelle sue diverse forme categoriali (disturbo distimico, episodio depressivo maggiore) (Lanctot et al., 2014; Merecz et al., 2009).

È necessaria pertanto una specifica attenzione sull'incremento di competenze nei sanitari per riconoscere e intercettare i segnali di aggressività nei pazienti e nei familiari, e avere così un maggior controllo e potere di gestione. Tale lavoro concerne in parte l'acquisizione di abilità comunicative che favoriscano la collaborazione reciproca, ma anche una consapevole conoscenza delle dinamiche legate all'aspettativa e alla frustrazione.

La nostra Azienda, in linea con le direttive regionali, ha programmato 30 edizioni di un Corso di formazione, rivolta a tutto il personale, della durata di 7 ore ciascuna con max 50 partecipanti. L'obiettivo è stato quello di favorire il riconoscimento del fenomeno e potenziare le capacità di prevenzione del comportamento aggressivo, far conoscere le procedure interne di segnalazione e i Servizi a cui potersi rivolgere per ricevere assistenza psicologica e mappare le condizioni di rischio organizzativo.

Il percorso formativo, organizzato nell'ambito delle attività di prevenzione dal risk manager e dal servizio di prevenzione e protezione, ha previsto il coinvolgimento di nove psicologi in qualità di docenti per competenza tecnica e per esperienza nella gestione dei gruppi. Gli psicologi si sono occupati di formare il personale sul riconoscimento degli stili comunicativi, la progressione del comportamento violento e le strategie di prevenzione, le tecniche di deescalation e la gestione del soggetto agitato, le conseguenze psicologiche sull'agredito e sul gruppo. Inoltre, sono stati presentati i rischi derivanti dall'esposizione continua e protratta ad eventi aggressivi o alla violenza nel contesto di lavoro, tra cui lo sviluppo di veri e propri disordini emotivi derivati dallo stress con rischi di evoluzione in psicopatologie "cronicizzate" (Disturbo Post Traumatico da Stress, PTSD, acuto e cronico) e la sindrome del burn-out.

In occasione dei corsi di formazione sono stati somministrati agli operatori di ogni edizione il questionario sul benessere generale G.H.Q.-12 e il questionario per la rilevazione di un eventuale burn out, il Maslach Burnout Inventory (Maslach, 1994).

L'obiettivo della formazione e della ricerca è stato quindi quello di offrire un primo strumento di lettura del fenomeno sempre più dilagante delle aggressioni al personale sanitario e, congiuntamente, di mettere in condizione l'operatore di disporre di strategie che possano favorire il disinnescamento dei trigger (eventi predittori della reazione e che fungono da attivatori) in grado di dare avvio all'evento, insieme a tecniche di contenimento ed estinzione dell'agito aggressivo. In base a quanto emerso durante i corsi di formazione, fondamentale risulta essere il benessere del lavoratore che deve essere messo in condizione di esperire un contesto accogliente e rispettoso, in grado di supportare la motivazione al lavoro e di contenere l'impatto emozionale derivante dalla relazione di aiuto al paziente.

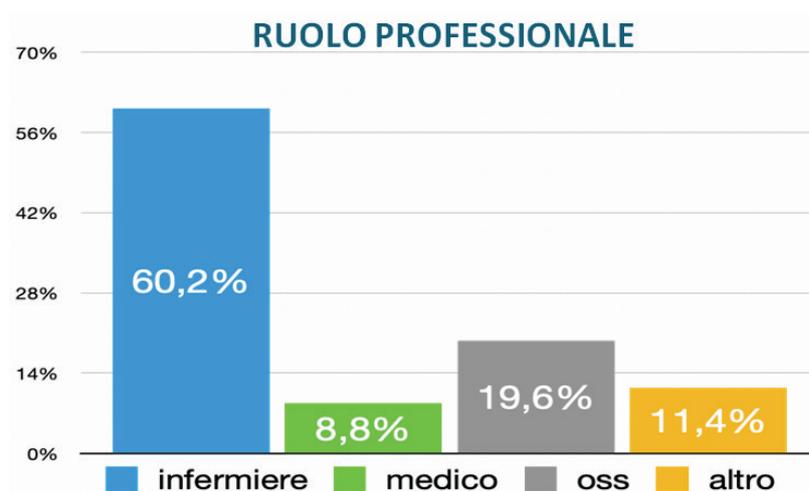
Scopo della ricerca

La ricerca ha voluto indagare il livello di benessere generale degli operatori socio-sanitari ed esplorare l'eventuale presenza di burn out in termini di esaurimento emotivo, depersonalizzazione e gratificazione personale.

Metodo e tecniche

Disegno della ricerca

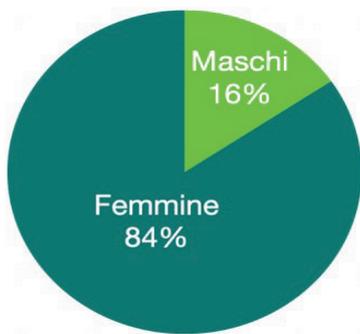
L'indagine è stata realizzata tra il mese di febbraio e il mese di giugno 2023 e ha coinvolto un campione di 679 operatori sanitari dell'Azienda Ulss 9 che hanno partecipato al corso di formazione aziendale *Aggressione ed atti di violenza a danno del personale delle Aziende Sanitarie. Valutazione del rischio e strategie di prevenzione* promosso a seguito della divulgazione da parte della Regione del Veneto delle Linee guida di indirizzo regionali per la prevenzione e gestione delle aggressioni e degli atti di violenza a danno dei professionisti delle Aziende stesse.



Campione

Il campione è così composto: 60% infermieri, 9% medici, 20% OSS e 11% altre figure professionali (amministrativi, assistenti sociali, educatori, logopedisti, ecc.).

L'84% è rappresentato da donne e il 16% da uomini, con un'età compresa tra 23 e 66 anni ed una media di 45 anni (deviazione standard 11).



Strumenti e procedure per la raccolta dei dati, modalità di elaborazione dei dati

Gli strumenti utilizzati nella nostra indagine sono due scale autosomministrate, una relativa al benessere e alla qualità di vita, l'altra relativa alla sindrome del burnout.

Il General Health Questionnaire-12 items (GHQ-12) è un questionario elaborato da Goldberg negli anni '70 allo scopo di individuare due principali categorie di problemi: l'incapacità di eseguire le proprie funzioni normali sane e la comparsa di nuovi fenomeni di natura stressante (Goldberg, 1979). Il questionario rileva l'eventuale presenza di quattro elementi di distress: depressione, ansia, deterioramento sociale e ipocondria (principalmente indicata da sintomi somatici). Il questionario è composto da 12 item con quattro possibilità di risposta che si collocano lungo un continuum che va dal "benessere psicologico", inteso come assenza di sintomi psichici, al "disordine psichico", la condizione peggiore, con diversi livelli di gravità.

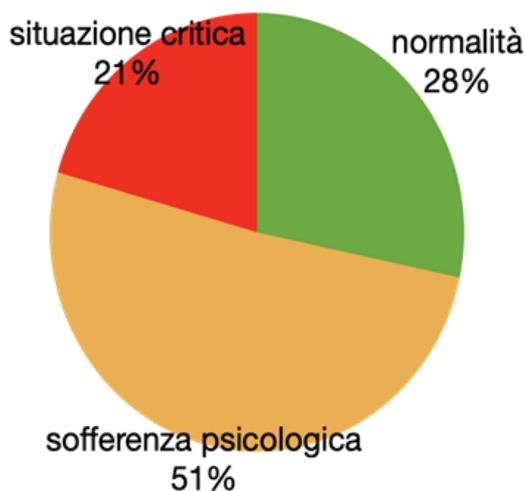
Il secondo strumento utilizzato è il Maslach Burnout Inventory (MBI), un questionario sviluppato nel 1981 da Christina Maslach e Susan Jackson, finalizzato alla valutazione del burnout nel personale che opera nei servizi socio-sanitari e nelle istituzioni educative (Maslach, 1994; Maslach et al., 2019; Leiter et al., 2020).

Il MBI misura 3 dimensioni indipendenti della sindrome di burnout: l'esaurimento emotivo, ovvero la sensazione di sentirsi emotivamente esauriti dal proprio lavoro; la depersonalizzazione, ovvero il distacco emotivo nei confronti degli utenti e dei pazienti, e la gratificazione personale, espressa nella sensazione relativa alla propria competenza e al proprio desiderio di successo nel lavorare con gli altri.

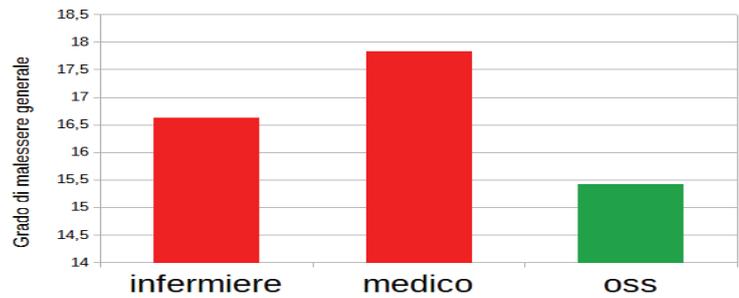
Le risposte ai due questionari sono state processate mediante analisi descrittive ed analisi inferenziali parametriche per sintetizzare, descrivere e comprendere le informazioni contenute nei dati.

Risultati

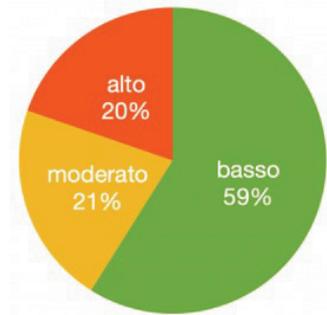
A livello descrittivo, l'analisi dei punteggi del GHQ-12 rileva che il 72% del campione è in sofferenza psicologica e, di questi, il 21% si colloca in un range che corrisponde ad una situazione critica che potrebbe necessitare di un intervento psicologico.



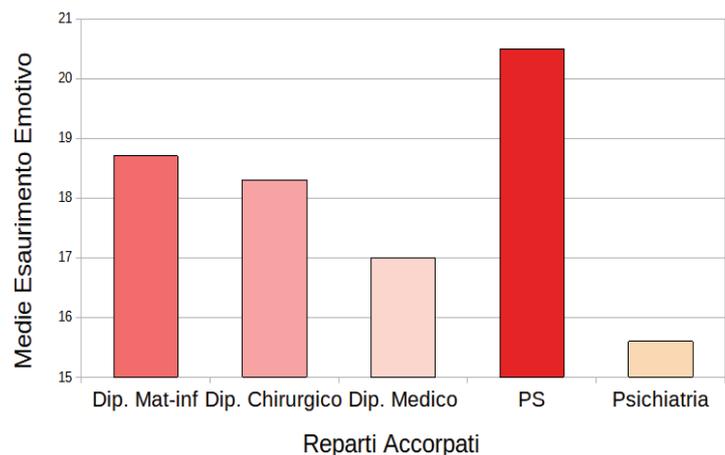
È stata effettuata l'ANOVA per campioni indipendenti per determinare se i punteggi al GHQ fossero diversi sulla base del ruolo professionale. L'analisi ha mostrato che i punteggi sono significativamente diversi ($F(2,540)=6.701, p<0.005$). L'analisi dei post-hoc (con correzione Bonferroni), hanno mostrato che gli OSS hanno un punteggio (GHQ=15.426) significativamente inferiore ($p<0.05$) sia dei medici (GHQ=17.843) che degli infermieri (GHQ=16.624), mentre queste ultime due categorie non mostrano punteggi significativamente diversi ($p>0.05$).



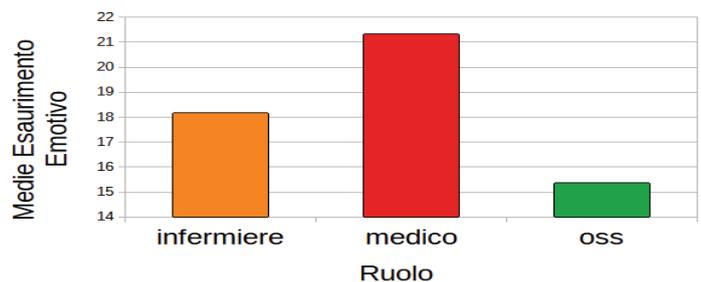
Per quanto riguarda la Scala MASLACH BURNOUT INVENTORY, l'analisi della sottoscala esaurimento emotivo, evidenzia che il 59% del campione si attesta su livelli bassi di esaurimento, mentre si colloca oltre soglia il 41%, di cui un 20% registra un alto tasso di esaurimento emotivo.



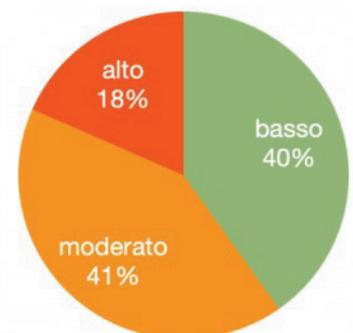
Analizzando il livello di esaurimento emotivo in rapporto al reparto di appartenenza, l'ANOVA a campioni indipendenti ha mostrato una tendenza alla significatività ($F(2,553)=2.077, p=0.082$). I T-test post-hoc con correzione di Bonferroni hanno rilevato che i dipendenti del PS hanno un punteggio (20.495) più alto rispetto ai dipendenti di tutti gli altri reparti seppur non in modo significativo. Tale differenza potrebbe consolidarsi e quindi diventare probabilmente significativa all'aumentare della numerosità del campione.

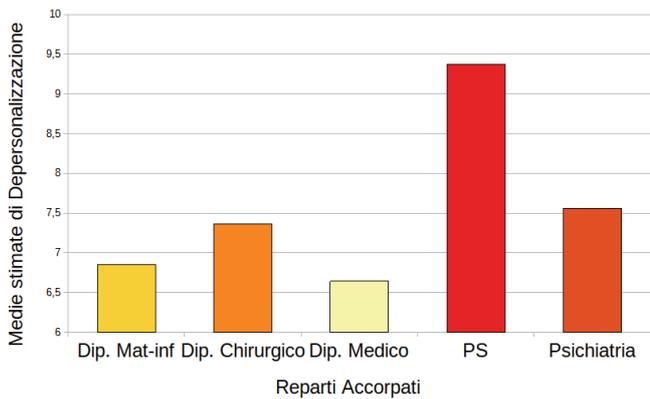


Per quanto riguarda l'eventuale correlazione tra esaurimento emotivo e ruolo professionale l'ANOVA a campioni indipendenti ha mostrato una differenza significativa ($F(2,599) = 5.198, p < 0.01$) tra i ruoli inclusi nell'analisi. I T-test post-hoc con correzione di Bonferroni hanno rilevato che gli OSS hanno un punteggio (15,368) di esaurimento emotivo significativamente inferiore rispetto ai medici (21,333, $p<0.01$), mentre rispetto agli infermieri vi è una tendenza alla significatività (18,166, $p=0.071$).

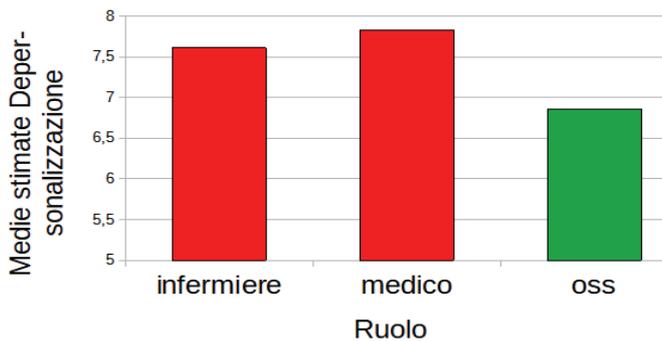


L'analisi della sottoscala Depersonalizzazione mostra il 59% del campione oltre soglia.

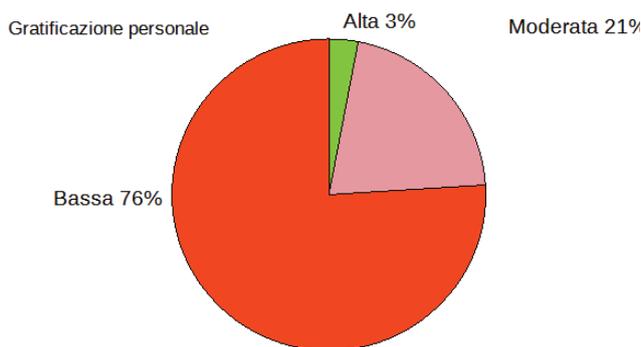




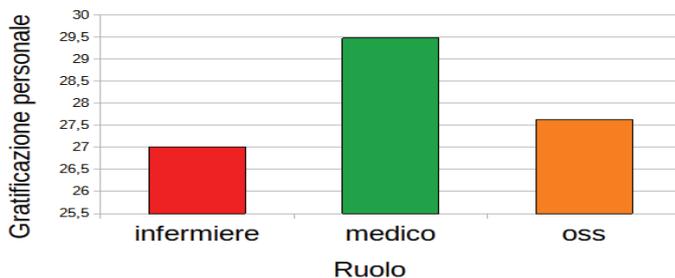
L'ANOVA a campioni indipendenti per la sub-scala depersonalizzazione ha mostrato una differenza significativa ($F(4,553)=5.980, p<0.001$) tra i reparti inclusi nell'analisi. I T-test post-hoc con correzione di Bonferroni hanno rilevato che i dipendenti del PS hanno un punteggio (9.376) di depersonalizzazione significativamente superiore rispetto ai dipendenti dei reparti Materno Infantile (6,855, $p<0.05$), Dipartimento Chirurgico (7.308, $p<0.05$) e Dipartimento Medico (6.645, $p<0.001$).



L'incrocio tra depersonalizzazione e ruolo professionale ha mostrato una differenza significativa ($F(2,599) = 6.860, p<0.01$) tra i ruoli inclusi nell'analisi. I T-test post-hoc con correzione di Bonferroni hanno rilevato che gli OSS hanno un punteggio (5,850) di depersonalizzazione significativamente inferiore rispetto ai medici (7,833, $p<0.05$) e agli infermieri (7,611, $p<0.005$).



L'analisi della sottoscala Gratificazione personale evidenzia che il 76% del campione mostra bassi punteggi.



L'analisi di regressione lineare ha mostrato che il livello di depersonalizzazione è determinato in modo significativo ($F(1,655) = 17.729, p<0.001$) dall'età del lavoratore. In considerazione del coefficiente di regressione negativo ($\beta = -0.162$), possiamo affermare che all'aumentare dell'età il grado di depersonalizzazione diminuisce.

Questo dato è molto interessante se si considerano le nuove assunzioni: le persone più giovani potrebbero essere maggiormente a rischio burnout. L'ANOVA a campioni indipendenti per la sub-scala gratificazione personale ha mostrato una tendenza alla significatività ($F(2,553) = 2.586, p = 0.072$) tra i ruoli inclusi nell'analisi. I T-test post-hoc con correzione di Bonferroni hanno rilevato che i medici hanno un punteggio (29,483) più alto rispetto agli infermieri (27,012) seppur non in modo significativo. Tale differenza potrebbe consolidarsi e quindi diventare probabilmente significativa all'aumentare della numerosità del campione.

Per quanto riguarda l'analisi dei reparti, i dipendenti del PS hanno un punteggio (25,431) di gratificazione personale significativamente inferiore rispetto ai dipendenti dei reparti materno infantile (29,258, $p<0.05$) e DM (28,047, $p<0.05$).

Discussione e conclusioni

L'indagine condotta sul personale sanitario dell'ULSS 9 evidenzia quanto i temi legati al benessere della persona siano questioni rilevanti ed attuali per le ricadute che hanno sia sull'operatore sanitario che sull'organizzazione in cui esercita il suo ruolo professionale.

Il personale sanitario esce da una pandemia che, da un giorno all'altro, ha trasformato l'ordinario in straordinario; medici, infermieri, OSS e tutti i professionisti della cura hanno dovuto affrontare l'incertezza della pandemia, con un peso fisico, emotivo e psicologico che ha richiesto spirito di sacrificio, disciplina e una enorme capacità di flessibilità e adattamento.

I risultati dell'indagine effettuata mostrano dati interessanti che meritano delle riflessioni. Come era nelle nostre previsioni, le analisi confermano quanto gli operatori del Pronto Soccorso siano maggiormente soggetti all'esaurimento emotivo e alla depersonalizzazione, e vivano un minor senso di gratificazione personale. Lavorare in un reparto dove l'emergenza e l'alto livello di complessità delle procedure di intervento sono la quotidianità sembra quindi incidere notevolmente sulla tenuta psico-fisica dell'operatore (Becattini, 2007; Cannavò et al., 2017).

Tra le categorie professionali, gli OSS sembrano meno inclini all'esaurimento emotivo e alla depersonalizzazione rispetto a medici ed infermieri; questo dato è, forse, interpretabile con il minor carico di responsabilità che un OSS ha nell'assunzione di una presa decisionale tra le varie scelte di cura ed assistenza. Un'altra possibile interpretazione è legata alla differenza nella relazione che si instaura tra gli Operatori Socio Sanitari ed i pazienti, rispetto alle altre figure. Con i pazienti ricoverati e i loro familiari, spesso, il medico ha scambi centrati sulla patologia; gli infermieri, per quanto più presenti, sono concentrati sulla cura del paziente. Gli OSS, per le mansioni associate al loro ruolo hanno probabilmente maggiori possibilità di creare una relazione centrata sull'ascolto e sul soddisfacimento delle necessità immediate e primarie delle persone ricoverate. Forse proprio questa opportunità di entrare in relazione con il paziente aiuta a ridurre la sensazione di depersonalizzazione e fornisce una gratificazione immediata grazie alla sensazione di sentirsi utili, venendo ringraziati personalmente dai pazienti.

Dalle nostre analisi, la variabile "età", si dimostra essere un fattore che molto incide sul vissuto di depersonalizzazione. Più l'età aumenta e più essa diventa un fattore protettivo alla sensazione di scollegamento dal proprio corpo o dai propri processi mentali.

Agire sugli aspetti psicologici e comportamentali dello stress significa intervenire sia a livello individuale che organizzativo.

A livello individuale, l'acquisizione di strategie di *coping*, l'apprendimento di uno stile relazionale di tipo assertivo, la capacità di riflettere sugli aspetti emozionali delle esperienze critiche che si sono dovute affrontare, aiutano la persona ad adottare strategie cognitive, comportamentali, comunicative e relazionali più flessibili e adattive, che agiscono efficacemente sul livello di stress, proprio ed altrui.

In questo ambito, pertanto, sono auspicabili eventi formativi ad intervalli regolari e ciclici per far fronte al bisogno degli operatori sanitari di sviluppare competenze tra loro interdipendenti: la capacità di autoregolare le proprie risposte emotive agli eventi stressogeni e la capacità di interagire adeguatamente con un'utenza spesso spaventata e/o arrabbiata.

A livello organizzativo, invece, potrebbe essere utile prevedere incontri di équipe periodici per una condivisione e supervisione dei casi problematici che hanno evidenziato una fragilità nell'assetto del gruppo di lavoro, e per permettere di trovare un tempo da dedicare alla riflessione su quanto accade quotidianamente nella vita lavorativa. Spesso le conseguenze di eventi stressanti, se non traumatici, comportano un deterioramento delle capacità adattive e socio comunicative degli individui. Diventa quindi fondamentale, dal punto di vista preventivo, dare uno spazio agli operatori per avere la possibilità di esternare e confrontare, con i colleghi, i propri pensieri ed emozioni, in modo tale da comprenderli e normalizzarli.

Non ultimo, sarebbe auspicabile una sensibilizzazione della popolazione in

Agire sugli aspetti psicologici e comportamentali dello stress significa intervenire sia a livello individuale che organizzativo. A livello individuale, le strategie di coping, l'apprendimento di uno stile relazionale di tipo assertivo, la capacità di riflettere sugli aspetti emozionali delle esperienze critiche che si sono dovute affrontare, aiutano la persona ad adottare strategie cognitive, comportamentali, comunicative e relazionali più flessibili, che agiscono efficacemente sul livello di stress. Occorre formazione degli operatori sanitari per sviluppare competenze di autoregolazione delle risposte emotive agli eventi stressogeni e capacità di interagire con un'utenza spesso spaventata e/o arrabbiata

merito alla percezione corrente degli operatori sanitari. Non si ha bisogno della narrazione idealizzata, come durante il periodo della pandemia, degli operatori sanitari come eroi da divinizzare, ma di una rappresentazione che definisca i molteplici aspetti, a volte anche insidiosi, di una professione sanitaria. Una buona presa in carico, una buona assistenza, una buona cura passano necessariamente attraverso la costruzione di un rapporto di fiducia tra utenza e operatori sanitari, e ciò è possibile soltanto in un contesto relazionale di mutuo rispetto, nel riconoscimento dei ruoli e di una professionalità che si esplica non solamente in competenze nozionistiche e procedurali, ma anche in una dimensione umana di attenzione ed empatia.

1. UOC Medicina Fisica e Riabilitazione,
2. UOS Età Evolutiva, UOC IAF e Consultori D1-2,
3. UOS Età Evolutiva, UOC IAF e Consultori D3,
4. UOC IAF e Psicologia Territoriale,
5. UOS Psicologia Ospedaliera,
6. UOC Spisal AUSLL 9 La Scaligera Verona – Regione Veneto

BIBLIOGRAFIA

- Abdellah RF, Salama KM. Prevalence and risk factors of workplace violence against health care workers in emergency department in Ismailia, Egypt (2017). *Pan African Medical Journal*; 26:21
- Becattini et al. (2007). Il fenomeno delle aggressioni agli operatori di Pronto Soccorso: la prospettiva italiana. *Aniarti*, atti XXVI Congresso Nazionale ANIARTI; 535-541.
- Cannavò M, Fusaro N, Colaiuda F, Rescigno G, Fioravanti M (2017). Studio preliminare sulla presenza e la rilevanza della violenza nei confronti del personale sanitario dell'emergenza, *Clin Ter*; 168 (2): e99-112
- Civilotti C, Berlanda S, Iozzino L, (2021) Hospital-based healthcare workers victims of workplace violence in Italy: a scoping review. *Int J Environ Res Public Health*
- Corbello G, Bugani M, D'Elia R, Di Pumpo A, Gilardi F, A cura di. Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e socio-sanitarie. Relazione attività anno 2022.
- Devi S. (2020) COVID-19 exacerbates violence against health workers. *Lancet* 396:658
- Díaz A., Utzet M, Mirabent J, Diaz P, Ramada JM, Serra C, Benavides FG. (2023) Workplace aggression against healthcare workers in a Spanish healthcare institution between 2019 and 2021: The impact of the COVID-19 pandemic. *Front Public Health*; vol.11
- Gates DM, Gillespie GL, Succop P (2011), Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nurs Econ*, 29: 59-67.
- Goldberg D., Kay C., Thompson L.: Psychiatric morbidity in a general practice and community. *Psychological Medicine*, 6, 565-569, 1976.
- https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=118557, Violenza contro il personale sanitario. Inail: nel 2022 accertati oltre 1.600 casi, in aumento sia rispetto al 2021 sia rispetto al 2020
- Lancot, N., Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggress. Violent Behav*, 19, 492-501.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2020). Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. *Burnout Research*, 6, 100104.
- Maslach, C., (1994), *Maslach Burnout Inventory*, Organizzazioni speciali, Firenze
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2019). Burnout and Engagement: An Update. In *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*.
- Merecz, D., Drabek, M., Moscicka, A. (2009). Aggression at the workplace-psychological consequences of abusive encounter with coworkers and clients. *Int J Occup Med Environ Health*; 22(3): 243-260.
- Ministero della salute (2007) - Dipartimento della qualità, direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, ufficio III, "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.
- Moro MF, Calamandrei G, Poli R, di Mattei V, Perra A, Kurotschka PK, et al. (2022) The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare workers in Italy: analyzing the role of individual and workplace-level factors in the reopening phase after lockdown. *Front Psychiatry*. 13:1067
- Ramacciati N, Ceccagnoli A, Addey B. Violence against nurses in the triage area: An Italian qualitative study. (2015) *Int Emerg Nurs*. ;23: 274-280.
- Santillo, M.C. (2011). Aggressività, significato, dinamiche ed espressione nelle varie tipologie di assistenza socio-sanitaria.
- Schmidtke R (2011), Workplace violence: identification and prevention. *Journal of Global Health Management*, 1: 1-10.

Aggressions and acts of violence against health company staff: assessment of well-being and burnout levels in operators

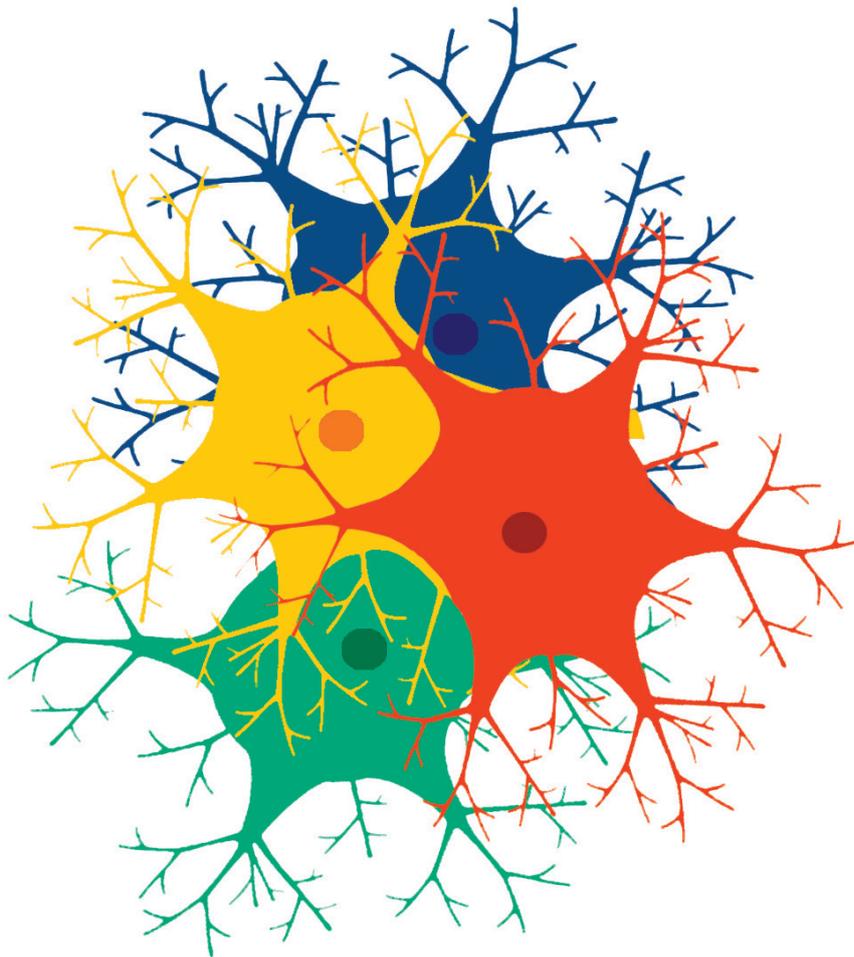
In the context of Health and Social Services, the risk of aggressions and/or acts of violence against healthcare professionals is a recurring nightmare. Such episodes lead to consequences that affect both the individual operator involved and the colleagues who witnessed them and who often suffer from feelings of anxiety, fear, general malaise, depersonalisation, emotional exhaustion and burnout.

To increase the workers' awareness of the signs predictive of aggressive behavior, the ULSS 9 Scaligera, starting from 2023, has organized a training course for healthcare workers and general staff: *Aggressions and acts of violence against staff of healthcare companies: risk assessment and prevention strategies*.

During the training, through the use of the General Health Questionnaire-12 items (GHQ-12) and the Maslach Burnout Inventory (MBI), the level of general well-being of healthcare workers and the presence of burnout conditions in terms of emotional exhaustion, depersonalization and lack of personal gratification were investigated.

Descriptive and parametric inferential analysis were conducted which revealed a high percentage of critical situations in which the variables "age", "professional role" and "department" to which the professionals belong appear to play a significant role.

KEYWORDS: Healthcare workers, burnout, aggression, violence



link
■ riflessioni



ILLUSTRAZIONE ANDREA ROSSO

Fare le pulci alla scienza: i (nascosti) bias della ricerca scientifica

Science under scrutiny: the (hidden) biases of scientific research

UMBERTO NIZZOLI*

PAROLE CHIAVE: Ricerca scientifica, evidenze, articolo, pubblicazione, bias

Per le mie riflessioni, prendo spunto dal libro di Luca De Fiore, *Sul pubblicare in medicina; impact factor, open access, peer review, predatory journal e altre creature misteriose*, uscito per i tipi de Il Pensiero Scientifico editore nel 2024 con la presentazione di Richard Smith. Lo trovo un libro appassionante, chiaro e assolutamente essenziale non solo per chi frequenta l'ambito scientifico ma per tutta la popolazione: direi che riguarda la società democratica. È bene che chi quotidianamente consulta articoli e riviste scientifiche si faccia idee chiare sulle opportunità straordinarie e sui rischi che la letteratura scientifica contiene: poiché la scienza è un vettore di trasformazione sociale, culturale e economica, i suoi contenuti ricadono sulla popolazione generale

È vero che il mondo che stiamo vivendo è accelerato dalla comunicazione continua e che siamo distratti da una serie di segnali e stimoli che si succedono con tale rapidità da impedirne anche l'accoglienza e la comprensione, figurarsi l'attendibilità: molte fake-news possono girare incontrollate.

C'è chi vede un pressapochismo crescente, un inebetimento delle popolazioni più sprovedute, lontane dalla cultura, quindi sempre più manipolabili. Vi è una grande penuria di spirito critico e si evidenzia il desiderio di superare una situazione così ansiogena attraverso la polarizzazione, cioè la costruzione di identità sempre più barricate nella propria verità. Siamo il paese nel quale il grande Bruno De Finetti (nel 1934) scrisse ironicamente: *L'invenzione della verità*.

Ora, questo riguarda non solo le notizie che passano sui social o nei telegiornali, ma anche il mondo scientifico.

De Fiore si dedica, appunto, ad analizzare i molti limiti della ricerca scientifica. Il suo libro tratta un tema molto sensibile, finora delegato a una minoranza di esperti: mettere allo scoperto gli errori del mondo della ricerca scientifica è rischioso, perché è possibile che, da una parte, si sollevi un coro di "noi lo abbiamo sempre saputo che sono tutti venduti", mentre dall'altra si preferisca negare e occultare.

Eppure De Fiore non è sospettabile, appartiene a pieno titolo al mondo della scienza e a quella scuola italiana sulla Qualità in medicina che si rifà a Liberati, pioniere della trasparenza e delle evidenze di cui, noi italiani, siamo orgogliosi. Inoltre la ricchezza degli apparati e della documentazione su cui si basa il volume è tale da suscitare un sentimento di riconoscenza nei confronti di un autore che

C'è chi vede un pressapochismo crescente, un inebetimento delle popolazioni più sprovvedute, lontane dalla cultura, quindi sempre più manipolabili. C'è una grande penuria di spirito critico e si evidenzia il desiderio di superare una situazione così ansiogena attraverso la polarizzazione, cioè la costruzione di identità sempre più barricate nella propria verità

ha avuto il coraggio di parlare chiaro mettendo il dito su una piaga dello stesso mondo di cui fa parte. Io stesso molto più modestamente ho introdotto il tema in vari convegni e la bibliografia portati da De Fiore sono estesi e convincenti. I referee che si espongono ad apprezzare il suo lavoro sono numerosi e autorevoli: Victor Montori, Woloshin Grisham, Davoli, Saracci, Addis, Forastiere, Alleva, tutti scienziati di riconosciuto valore.

Infine Richard Smith firma una chiarissima introduzione. Richard Smith è stato direttore del British Medical Journal, pertanto della materia di cui tratta il libro è conoscitore in prima persona quanto pochi altri.

C'è da sperare che, una volta fatto emergere il problema, si apra ora un dibattito che consenta di ripulire l'atmosfera intorno al mondo della scienza. E' probabile che molti preferirebbero tenere l'argomento sotto copertura per non mettere in discussione pratiche e interessi molto corposi.

Questo mio scritto è finalizzato a dare un piccolo contributo al dibattito.

Da non molto tempo è sorta e progressivamente ha guadagnato l'attenzione di tutta la popolazione medica e degli stakeholder la medicina basata sulle evidenze che ha creato l'esigenza di ricerche, di dati e di progressive importanti basi epidemiologiche per potere dar valore alle pratiche cliniche. E' il discrimine che distingue la pratica tradizionale o quella improvvisata e cialtronesca, da quella seria, aggiornata e, auspicabilmente, efficace.

Con la medicina basata sulle evidenze nasce la Qualità in medicina, che significa offrire ai pazienti le cure migliori possibili: sono le evidenze, la quantità e la qualità dei dati che distinguono la buona pratica clinica da quella scadente.

Con l'andare del tempo, negli ultimi trenta anni, si è sviluppato un vasto mercato che ha dato vita a colossi dell'editoria, i quali hanno inglobato progressivamente i piccoli editori e un gran numero di riviste scientifiche. Un esempio è Elsevier, il più grande editore scientifico del mondo, che pubblica più di 2900 riviste. Alcune di esse, le più significative come The Lancet (o New England Journal of Medicine, proprietà della Massachusetts Medical Society), diventano capofila di una serie di riviste tematiche collegate. Elsevier fa parte ora di Relx, la società che ha una capitalizzazione di mercato di ottantadue miliardi di dollari e che nel 2023 ha pubblicato più di 630 mila articoli.

L'editoria scientifica è un grande mercato. Oggi ammonta a oltre 30 miliardi di sterline con più di 36000 riviste e più di 5 milioni di articoli scientifici pubblicati ogni anno.

La quantità delle pubblicazioni ha preso il sopravvento; la qualità spesso interessa molto poco, basti pensare che un numero crescente di autori pubblicano più di 70 articoli all'anno.

La Stanford University ha pubblicato nel gennaio 2024 una ricerca secondo la quale al mondo, nel solo 2022, ci sono stati 1200 ricercatori che hanno pubblicato un articolo scientifico peer-review ogni 5 giorni: cioè più di 60 articoli scientifici in un anno!

In pratica pubblicare un articolo scientifico ogni 5 giorni evidentemente lascia spazio a possibili malpractices (cattive condotte): enorme quantità forse non va di pari passo con buona qualità.

L'editoria scientifica dovrebbe essere ripensata dalle sue fondamenta.

In realtà è (dovrebbe essere) un'attività prevalentemente di servizio in quanto è di supporto alla carriera dei professionisti sanitari e di sostegno all'innovazione farmaceutica, all'industria alimentare, alle tecnologie sanitarie.

L'industria farmaceutica, l'industria alimentare, i produttori di bio-tecnologie sanitarie sono di gran lunga i principali finanziatori delle ricerche, il che finisce col creare un circolo perverso in cui i beneficiari dei finanziamenti, cioè i ricercatori, hanno bisogno di fare ricerca per pubblicare e per fare carriera: quindi alimentano il mercato dell'editoria scientifica inondandolo di articoli.

Spesso le medesime grandi imprese controllano tutto il circuito.

Anche accettando che tutta questa massa di lavori sia basata su dati validi e attendibili, saremmo comunque in presenza di una pericolosa epidemia editoriale, una "infodemia" così come l'ha definita il direttore generale dell'OMS

Tedros Ghebreyesus: l'eccesso di informazione ha fatto sì che, a seguito dello scoppio della pandemia, già solo nel novembre 2020, fosse pubblicato un articolo sul COVID-19 ogni 3 minuti. Si andava avanti a oltre 450 articoli scientifici al giorno, e tutti sul Covid-19.

Con il passaggio alle pubblicazioni online le cose sono anche peggiorate, nel senso che non c'è più un numero limitato di articoli da pubblicare, come invece accade per una rivista cartacea, se non altro per ragioni economiche; e non c'è neanche un numero massimo di pagine a cui un autore deve limitarsi. Oggi, con la pubblicazione online si può scrivere a dismisura: una vera e propria cascata epidemica di notizie a volte falsamente scientifiche.

Che il mercato si sia ibridato e diversificato, contaminando di fatto la scienza, si osserva anche dal fatto che i grandi editori di iniziative scientifiche non seguono linee culturali particolari, non hanno visioni della scienza, ma semplicemente si occupano di pubblicare qualsiasi cosa possa rendere loro un vantaggio economico. Sono imprese come le altre che pensano solo a rimpinguare i bilanci e ad aumentare gli utili.

Ad esempio Cochrane, la rete idealmente più legata all'approccio basato sulle evidenze e che vorrebbe raccogliere solo ricerche corredate di prove di validità di livello molto elevato, in realtà pubblica anche libri e riviste di omeopatia.

Preoccupa il dato di fatto che il perseguimento del vantaggio economico sia correlato alla logica di estensione commerciale dell'industria del farmaco.

Pubblicare costa molto caro: gli autori spesso pagano per essere pubblicati. A volte vengono richieste migliaia di euro all'autore.

Un collega che ha diretto un'iniziativa efficace ed innovativa in una Asl del nord Italia, ne taccio il nome perché non gradirebbe questa pubblicità, si è visto chiedere oltre 4.000 euro per poter pubblicare i risultati dell'esperienza da lui diretta. Non potendo beneficiare di finanziatori, quella iniziativa benemerita e innovativa non trova la possibilità di essere diffusa nelle diverse reti di banche dati perché l'autore non ha i mezzi finanziari per pagarsela. In questo caso, il collega è onesto e non si vende, ma se fosse disposto a rivedere i propri dati, una qualche industria del farmaco o impresa di biotecnologie potrebbe mettere mano al portafoglio per pagare la pubblicazione. Senza sponsor, e senza soldi, non pubblici; se non pubblici non acquisisci punti; senza punti non fai carriera. Il panorama è davvero triste e a volte avvilente, e crea un senso di sfiducia che finisce col danneggiare sia la scienza sia l'interesse della comunità: la gente ha bisogno di sapere come stanno le cose ed è bene che quello che viene offerto come cura sia la soluzione migliore possibile. Tuttavia, se i dati su cui si basano le evidenze migliori sono falsati o si riferiscono a gruppi di popolazione che non rappresentano il caso della persona da trattare e vengono propinate soluzioni basate su errori concettuali o metodologici, è evidente che la possibilità di guadagnare salute si riduce.

C'è da augurarsi che la gran parte dei lavori siano impeccabili; tutte le società scientifiche hanno codici di comportamento che enfatizzano l'etica e la trasparenza; e sicuramente molti ricercatori sono devoti alla scienza, ma il mercato che li circonda, e di cui inevitabilmente, se vogliono pubblicare, vengono a fare parte, funziona con le regole del mercato, non con quelle della scienza.

Agli inizi degli anni '90 è nata la più grande biblioteca online che accoglie gran parte delle pubblicazioni scientifiche, PubMed – Medline, a cui tutti possono accedere e trovare il materiale scientifico accreditato, che ha cioè superato le revisioni e i giudizi di qualità.

Da allora la medicina basata sulle evidenze è diventata una specie di pietra angolare con cui confrontare l'esperienza clinica e condividere con i malati le decisioni sulla cura.

Una grande operazione di qualità delle cure offerte dai diversi sistemi curanti.

Il disastro è che, dall'inizio degli anni '90 ad oggi, si sono accumulati milioni di articoli scientifici pubblicati da una miriade di riviste scientifiche, o, a volte, solo apparentemente scientifiche, e si è arrivati ad una situazione paradossale:

C'è da augurarsi che la gran parte dei lavori siano impeccabili; tutte le società scientifiche hanno codici di comportamento che enfatizzano l'etica e la trasparenza; e sicuramente molti ricercatori sono devoti alla scienza, ma il mercato che li circonda, e di cui inevitabilmente, se vogliono pubblicare, vengono a fare parte, funziona con le regole del mercato, non con quelle della scienza

Dall'inizio degli anni '90 ad oggi, si sono accumulati milioni di articoli scientifici pubblicati da una miriade di riviste scientifiche, o, a volte, solo apparentemente scientifiche, e si è arrivati ad una situazione paradossale: infatti, sulle medesime materie, appaiono diverse Linee-Guida, tutte basate sulle evidenze ma tra loro contraddittorie

infatti, sulle medesime materie, appaiono diverse Linee-Guida, tutte basate sulle evidenze ma tra loro contraddittorie.

Questo bias cognitivo può nascere dal fatto che nelle ricerche non viene quasi mai spiegato chiaramente il tipo di popolazione studiata, le sue caratteristiche, non solo demografiche o antropologiche ma anche cliniche, o le motivazioni alla cura sulle quali vengono poi esercitate le iniziative mediche. Raramente le ricerche sono targettate, dettagliate, tailorate sulla popolazione specifica studiata; spesso invece vengono poi presentate valide per tutta la popolazione generale, creando così il bias cognitivo.

Un esempio pratico: un servizio opera una selezione all'accesso per identificare chi assistere; conduce su quegli assistiti la ricerca, poi diffonde i dati ottenuti da quel campione come dati validi per la popolazione generale.

L'idea della medicina basata sull'evidenza è stata, nel corso di questi anni, in maniera crescente e tumultuosa, contaminata al punto che è lecito chiedersi se sia ancora possibile fidarsi di un'offerta così abbondante fatta da fonti spesso assai poco attendibili.

Infatti, spiega De Fiore, numerose ricerche si sono rivelate piene di errori o false, cioè basate su bias di ricerca con dati di bassa qualità, o manipolati, che portano evidentemente a conclusioni non basate sulle evidenze ma che servono a dare credibilità all'autore e, eventualmente, al finanziatore della ricerca.

Spesso un articolo ha più autori, un comitato di redazione, e non è detto che siano effettivamente coloro che hanno concretamente redatto gli articoli. Si formano dei comitati di redazione composti da un numero elevato di autori, alcuni dei quali possono trovarsi lì solo per sfruttare la pubblicazione o per fare aumentare la credibilità del contenuto o per altre ragioni. De Fiore offre al lettore una dettagliata bibliografia a conferma di questi metodi.

La questione del *publish or perish* (pubblica o sparisce) è drammatica.

Per fare carriera devi pubblicare! Nell'epoca che vorrebbe essere della qualità, e quindi della precisione e dell'esattezza, in realtà la massificazione della scienza la riduce al più basso livello possibile, più veloce, più economico, più garantito: quel che conta non è la qualità dell'innovazione e l'importanza ma il numero di ricerche. Più pubblici più fai punteggio, *publish or perish* appunto.

Il numero delle pubblicazioni o delle loro citazioni finisce col determinare il valore dell'autore: un altro parametro della massificazione.

In realtà non esistono scorciatoie fatte di numeri per valutare la qualità della ricerca: un autore che facesse una ricerca fondamentale ma non producesse più di uno o due articoli di resoconto godrebbe di pochissima stima.

I furbetti invece fanno ricerche facili e le spezzettano in tante parti in modo da ricavarne più articoli, fanno il cosiddetto *sliced salami*.

Per poter innalzare il valore personale finisce che le persone tendono a citare se stesse sempre più spesso oppure a citare i colleghi di un circolo nel quale ci si sostiene a vicenda.

In un recente simposio un collega di un certo peso ha citato solo 2 autori, richiamandoli ognuno una decina di volte. Uno era Freud, l'altro lui stesso! Un modello eticamente discutibile, però molto diffuso perché più si è citati più si diventa credibili, aumenta l'*impact factor*.

Purtroppo gli studi dimostrano che l'Italia è, assieme alla Colombia, l'Egitto, l'Indonesia, l'Iran, la Malesia, il Pakistan, la Romania, la Russia, l'Arabia Saudita e la Thailandia, una nazione dove il fenomeno delle auto-citazioni è più elevato.

Si potrebbe dire che i ricercatori italiani sono più narcisisti di quelli degli altri Paesi Occidentali, oppure che hanno trovato una scorciatoia eticamente discutibile per aumentare il loro valore apparente.

La scienza è il luogo nel quale si possono trovare le risposte almeno a qualcuna delle tante incertezze che caratterizzano la vita in generale e la condizione clinica in particolare, ma in un bosco siffatto, con tanti bias cognitivi e così diffuse pratiche scorrette, si può veramente aver fiducia di ottenere le risposte che si desiderano?

La produzione scientifica è il principale indicatore di performance accademica e la pressione a pubblicare è elevatissima soprattutto per chi vuole fare carriera. Uno studio condotto da un gruppo del British Medical Journal guidato da Candal-Pedreira, C. Ross JS, Ruano-Ravina relativo al periodo 2004- 2022, pubblicato dal BMJ nel giugno 2022 (Retracted papers originating from paper mill: cross-sectional study, BMJ 2022; 379:e071517), ha repertoriato 58.278.163 articoli. Di essi, 33741 sono stati successivamente ritirati dopo l'avvenuta pubblicazione per le motivazioni più diverse: vizi sostanziali, frode, plagio o dati di poco valore o manipolati, in pratica disonesti. Nel 2019 vi è stato il picco di questa malpractice: 10,6 articoli ogni 100mila sono stati ritirati (Candal Pedreira, BMJ 2022).

Tra i molteplici aspetti disorientanti vi è il dato di fatto che la ricerca scientifica trascura totalmente i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta che invece sarebbero coloro i quali confrontano il maggior numero di casi della quotidianità. Impegnati nella quotidianità clinica non partecipano praticamente mai come autori di ricerca.

Perché vengono trascurati? Una risposta potrebbe essere: perché la ricerca parte dagli interessi dei ricercatori e non dalle esigenze dei clinici. I clinici di frontiera sono considerati come i portatori di acqua nel ciclismo, compilano al più schede predisposte dai ricercatori.

Questo è un grandissimo problema che segnala come tra il mondo della ricerca e il mondo della pratica vi sia un *gap* difficilmente superabile.

La ricerca vale per se stessa, serve per fare ricerche e pubblicare le ricerche: chi fa la pratica clinica vede i casi nella maniera tradizionale, ha la pratica come vettore principale.

Sono molto ingaggiato dalla sfida di fare diventare i clinici di base attori attivi nella ricerca anche per motivi personali che voglio condividere. Poco dopo la partenza dei primi servizi del territorio si fece una ricerca sull'inserimento di bambini "handicappati" (si diceva così) come Regione Emilia Romagna, era il '73. Da allora ho sempre pensato che la ricerca dovesse servire alla clinica e quindi dovesse nascere da una domanda clinica.

La scienza è un motore, il motore principale, dello sviluppo sociale, è un metodo per esplorare lo sconosciuto, allargare il raggio della conoscenza e vedere aumentare i punti di contatto col mistero. Grazie alla ricerca scientifica si sono ottenuti risultati straordinari che hanno migliorato le condizioni di vita delle persone e delle comunità.

Nel 1992 avvenne una straordinaria rivoluzione nel campo delle scienze con l'istituzione di PubMed Medline, una banca dati che raccoglie tutto il materiale scientifico peer review. L'intenzione era di disboscare la scena scientifica, di catalogare solo le ricerche che potessero avere una elevata evidenza scientifica tale da poter ispirare i comportamenti clinici in tutto il mondo. Nel tempo è avvenuto un effetto valanga che lascia attoniti gli stessi scienziati e che pone inevitabilmente esigenze di bonifica e regolamentazione. Si è arrivati ad una situazione per cui oggi vi sono repertoriati circa 9 milioni di articoli scientifici che, pur se suddivisi per le diverse discipline, fanno sì che nel campo della salute mentale si debbano conoscere circa un milione di articoli se si volesse essere davvero update! Il che è palesemente una distorsione.

Un fenomeno simile è avvenuto anche nelle altre grandi banche-dati, minori di PubMed, ma pure di grande valore e significato come Psycinfo o Cinhal; in esse pure si è nella fattispecie di repertoriare milioni di articoli scientifici.

La banca scientifica di APA, che è la principale società scientifica in materia di salute mentale, repertoria in PsycNet oltre 5.400.000 articoli scientifici, tutti nell'ambito della psicologia, psichiatria, salute mentale.

La ricerca scientifica è il principale strumento per la prevenzione delle malattie, per l'avanzamento della qualità e dell'efficacia delle cure e, allargando il campo, della civiltà. Vi lavorano alcune fra le migliori menti umane. Dobbiamo sostenere l'espansione delle attività di ricerca, con i nostri governi, e con gli istituti di ricerca.

Le regole del mercato fatte di appeal, commercializzazione, guadagno, speculazione non le giovano.

La scienza è un motore, il motore principale, dello sviluppo sociale, è un metodo per esplorare lo sconosciuto, allargare il raggio della conoscenza e vedere aumentare i punti di contatto col mistero. Grazie alla ricerca scientifica si sono ottenuti risultati straordinari che hanno migliorato le condizioni di vita delle persone e delle comunità

Chi ama la scienza vorrebbe che fosse sempre seria, impegnata, austera e gioiosa, motivata dal desiderio di ampliare il suo raggio d'azione.

Non c'è più acerrimo nemico di chi produce vino sofisticato del produttore di vino di qualità; costui sente il bisogno di pulire il campo per mantenere non solo alta la credibilità ma per difendere l'integrità professionale.

Lungi dall'essere contro la scienza o contro i suoi "peccati", *Sul pubblicare in medicina* è un inno al valore della scienza e alla necessità di crescita: è un libro che dovrebbe essere messo a disposizione nelle bibliografie dei corsi di laurea in medicina e nelle altre professioni sanitarie e che dovrebbe essere conosciuto e dibattuto in tutti i contesti che si occupano di pianificazione della salute; è utile anche alla popolazione generale, perché la qualità della scienza è strumento per migliorare la qualità della vita e per diffondere la democrazia.

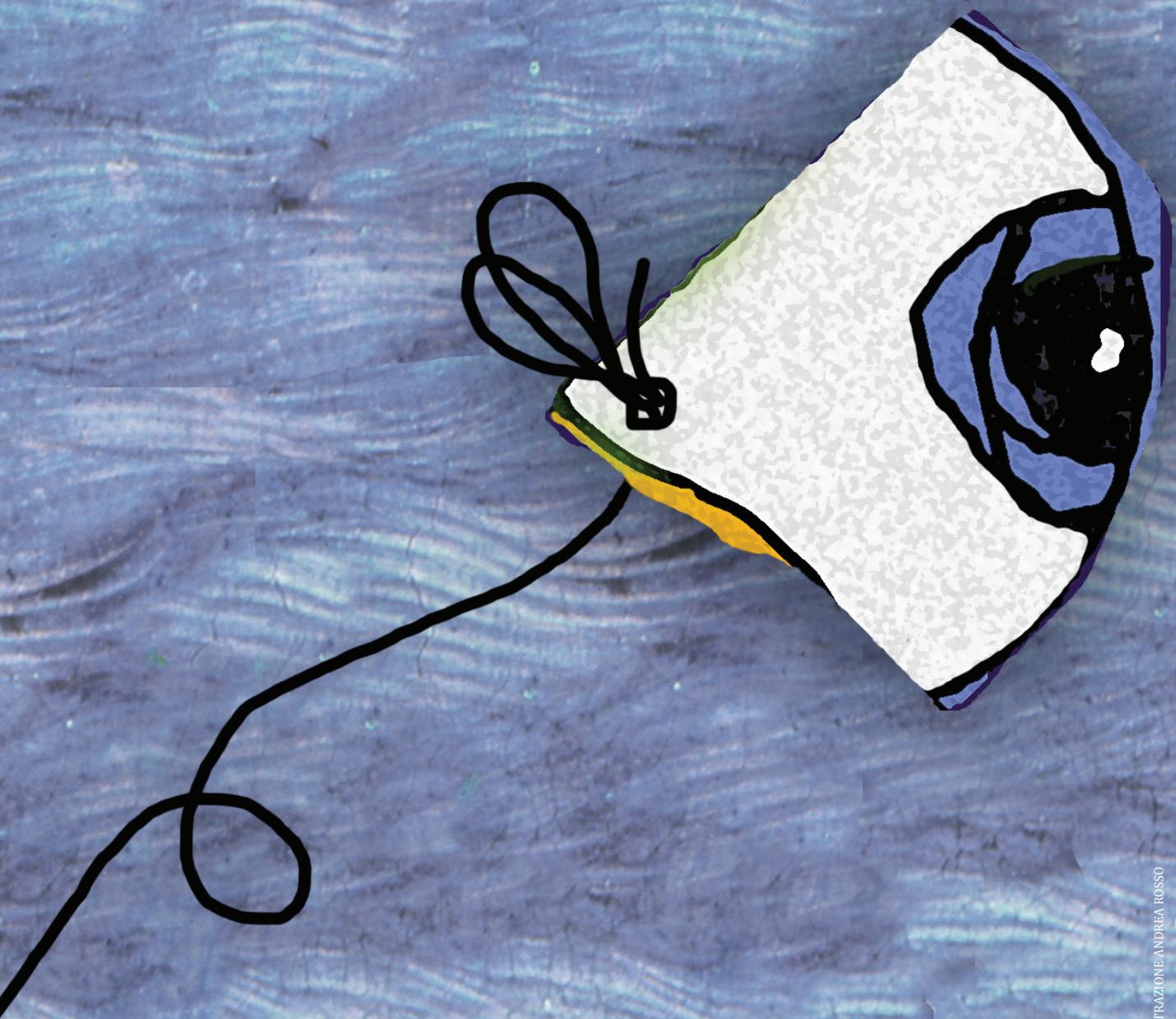
*Psicologo psicoterapeuta
nizzoliumberto@gmail.com

Science under scrutiny: the (hidden) biases of scientific research

The author starts from a work by Luca De Fiore, *On publishing in medicine; impact factor, open access, peer review, predatory journal and other mysterious creatures*, (Il Pensiero Scientifico, 2024), introduced by Richard Smith, to make a survey of the present situation of scientific research. He underlines the risks and negative effects of excessive publishing. Enormous amounts of articles make it impossible to acquire reliable new evidence-based research, essential for better treatment.

KEY WORDS: Scientific research, evidence, article, publication, bias

link
■ società



Elogio della differenza

FABIO FERRARO

Siamo tutti diversi gli uni dagli altri, quindi, siamo tutti uguali: è l'idea di base della comunicazione Benetton. Intorno alle foto di Toscani una raffica di premi, condanne, polemiche e discussioni. Un messaggio che colpisce l'immaginario collettivo in quasi 100 Paesi. Come e perché tutto questo? Ne abbiamo parlato con Oliviero Toscani

Appartenere ad una razza, parlare una lingua e condividere i valori di una cultura rappresentano il "marchio etnico" di ciascun individuo. L'etnia, più semplicemente, stabilisce la differenza tra noi e gli altri. Ed è proprio su queste differenze che si articolano le campagne pubblicitarie Benetton, come il filo conduttore di un discorso che, da circa dieci anni, miete consensi e critiche.

Una domanda "ingenua": è giusto utilizzare immagini che non hanno alcuna attinenza col prodotto che si vuole vendere, col fine proprio di venderlo?

Più precisamente, cosa c'entrano la Morte o il Dolore con golf e camicette?

Prendiamo, a titolo d'esempio, quella dei "tre bambini che mostrano la lingua."

In Gran Bretagna e in Germania è stata premiata con l'international Advertising Award, nei Paesi Arabi è stata giudicata "pornografica", e quindi vietata.

Le foto di Toscani innescano sempre reazioni contrastanti: da quella del Comune di Milano e del Cardinale che hanno bloccato l'esposizione in Piazza del Duomo del poster dei due bambini seduti sul vasino; a quella di suor Barbara di Alzey, in Germania, che, a proposito della foto del prete e della suora che si baciano, ha scritto: "[...] penso che questa foto esprima molta tenerezza, serenità, pace".

Le immagini più contestate in assoluto sono state il cimitero con la stella di Davide, la neonata col cordone ombelicale e la recente istantanea del malato morente di Aids.

All'opposto, il più alto numero di premi internazionali è andato alla foto della donna negra che allatta un bimbo bianco, che è stata però censurata negli USA. Il "fenomeno Benetton" nasce ufficialmente nel 1968, anno d'esordio della comunicazione pubblicitaria, ma esplose nel 1984 con la diffusione di enormi poster affollati di giovani e bambini appartenenti a varie nazionalità. Le differenze erano esaltate dalla vivace esplosione di colori, dall'assoluta mancanza di testo (compariva solo il logo dell'azienda) e dal rigore iconografico. L'idea di proporre le etnie come motivo dominante intorno al quale giocare oggetti e simboli, venne sviluppata negli anni successivi. Nel 1989 un secondo salto di qualità porta la trasformazione del marchio aziendale nel logo "United Colors of Benetton" (già apparso nel 1985 con altri caratteri) e l'abolizione di ogni pur vago riferimento all'abbigliamento. Ma la novità sostanziale è il risalto a immagini che evocano temi di notevole interesse umano e di forte impatto emotivo. Ecco la fotografia della mano di un nero che impugna un mazzo di fiori, per simbolizzare la Pace, ecco la Nascita (il parto appena avvenuto), la Guerra (un soldato con un femore in mano), la Famiglia (padre, madre e sorella al capezzale di un malato di Aids), il Sesso (sfilata di preservativi colorati), l'Ecologia (foglie inghiottite dal petrolio), l'Amore (bacio tra suora e sacerdote).

Gli scatti di Toscani sono quindi l'elemento cardine di un discorso che trascende sia le segmentazioni commerciali — i cosiddetti target — sia le etnie, per rivolgersi all'universo umano.

FERRARO Come nasce l'idea di utilizzare il tema della differenza nella comunicazione della Benetton?

TOSCANI La differenza è una realtà, credo che sia la realtà più grande che ci sia. Non c'è niente di uguale.

FERRARO Sì, ma perché è usata per la Benetton?

TOSCANI La ragione è molto semplice. La Benetton è un'azienda mondiale che va a toccare fisicamente le differenze che esistono nel mondo; proprio differenze etniche, differenze di colore, differenze di lingue, differenze di Paesi, differenti posti. Dove c'è l'inverno in un posto c'è l'estate, nello stesso momento, in un altro posto. È un'azienda che tocca veramente con mano queste differenze. Parte da questa realtà molto semplice, molto geografica, molto fisica. Questa è la ragione. È una realtà.

FERRARO Nel '68 la pubblicità Benetton non trattava questi temi... si pubblicizzavano i maglioni...

TOSCANI Si pubblicizzavano i maglioni di colori diversi, di opposti colori, complementari con facce diverse: con neri, gialli, verdi e blu. Nel '68 non c'ero. Io ho cominciato nell'84 con la differenza, mettendo insieme ragazzi di origini etniche differenti.

FERRARO Qual è il significato del logo *United Colors of Benetton*?

TOSCANI Lo slogan era: mettere insieme ragazzi di tutto il mondo, di colori diversi, che facessero una sola immagine. E quindi era: riunire i colori.

FERRARO Era il tema dominante.

TOSCANI Era lo slogan della pubblicità, poi questo slogan è diventato così forte che l'azienda veniva riconosciuta come United Colors e alla fine Luciano Benetton ha voluto che lo slogan diventasse il marchio.

FERRARO Mi parli dell'immagine dell'angelo e del diavolo che si abbracciano, questi due bambini, che ripropone lo stereotipo dell'uomo bianco buono e del negro cattivo. Perché non il contrario?

TOSCANI No, perché non esiste il contrario, non esiste nella storia, non esiste nella leggenda e non esiste nella realtà. Io penso che chi crede negli angeli e chi crede nei diavoli, crede anche nei razzismi; quello che io voglio mettere in discussione è il credere in quelle bugie. Io un diavolo non l'ho mai visto, quindi non ho mai visto un diavolo nero, io non ho mai visto un angelo, se non raffigurato attraverso la pittura e attraverso altri disegni dove son sempre biondi e i diavoli son sempre neri. Un diavolo nero non l'ho mai visto, quindi non voglio fare della fantasia su delle cose alle quali non credo. Io voglio proprio denunciare questa imbecillità.

FERRARO Pensa che il pubblico abbia capito questo discorso?

TOSCANI Il pubblico deve capire a modo suo, perché ognuno ha una sua immagine che gli dà particolarmente fastidio. C'è chi mi dice perché il prete e la suora, perché il bambino che nasce, ognuno ha il suo problema. Lei mi ha detto l'angelo e il diavolo, invece c'è gente che dice che è la foto migliore; ognuno deve capire a modo suo. Viva la differenza. Ognuno deve capire a modo suo, il Mulino bianco lo capiscono tutti allo stesso modo perché è una imbecillità e le imbecillità vengono sempre capite in modo uguale. Ma non siamo tutti uguali, no, assolutamente, non c'è niente di uguale, sono palle che siamo tutti uguali!

FERRARO Nel senso che siamo tutti diversi?

TOSCANI Tutti diversi, il problema è l'accettazione della diversità.

FERRARO E il pubblico l'ha compreso? Oppure si è fermato al singolo soggetto fotografico?

TOSCANI Chi è il pubblico, chi è? Mio figlio l'ha capito, Lei l'ha capito? Basta, mi bastate voi due.

FERRARO È sufficiente?

TOSCANI Mia nonna l'ha capito, no mia nonna no; mia mamma l'ha capito. Poi qualcuno non l'ha capito, però non è che io l'abbia danneggiato. Gli ho dato la possibilità di capire, io devo solamente dare la possibilità di capire; capito? E chiaro che non tutti possono capire, a tanta gente non interessa neanche il problema.

FERRARO Nell'ultima campagna pubblicitaria, ci sono sette soggetti molto drammatici e solo uno, quello dell'alluvione con i due indiani, ha un tono più smorzato.

TOSCANI Io non li trovo assolutamente drammatici. La foto degli Albanesi, degli immigrati, è una foto di grande speranza, di grande futuro. Io credo che una nazione, un popolo, la gente che si muove, abbia sempre fatto delle fortune. Mio nonno è immigrato in America e adesso è lo zio d'America ricco. Credo che questa non sia assolutamente una foto drammatica, perché drammatica? La foto del morente di AIDS non è una foto drammatica, anzi, io la chiamo foto di famiglia. È uno che sta morendo, però è attorniato dalla famiglia, con l'amore; è fantastico, non tutti hanno questa fortuna!. È chiaro che sono drammatiche, così come è drammatico vivere. Scusate, però è bello vivere!

FERRARO Rispetto alle immagini proposte in precedenza, queste sono decisamente forti, molto forti.

TOSCANI Forti, ma non drammatiche. Direi che tante volte sono anche ironiche. Il morto di mafia direi che è ironico, ormai è veramente l'operetta.

FERRARO E le reazioni del pubblico? Così disparate?

TOSCANI Io non so chi è il pubblico, chi è il pubblico? Per chi devo lavorare? Per il pubblico scemo? No, per me non esiste il pubblico scemo, non sono uno di quelli che dice che il pubblico non capisce e allora mi abbasso per farlo capire. No, non ho questa presunzione. E poi le reazioni devono essere disparate, se si dice qualcosa di interessante è disparato. Di fronte ad un quadro di Picasso non c'è mai stata gente che ha detto «Mah!». La musica jazz: c'è a chi piace e a chi non piace. L'opera: c'è a chi piace e a chi non piace. A me non piace l'opera, per esempio, ma mi piace la musica jazz, no mi piace anche l'opera. È come la cucina dei ristoranti degli aeroporti, piace o non piace, non c'è nessuna reazione, si mangia per sopravvivere.

FERRARO Abbiamo visto il cimitero con le croci, la neonata con il cordone ombelicale, la foto degli Albanesi. Nella scelta dei soggetti quanto c'è di "preso dalla realtà" e quanto di "dobbiamo superarci"?

In questa specie di escalation, se così si può dire, qual è il limite?

TOSCANI Quando Lei guarda una persona più avanti, qual è il limite? non esiste il limite, arriveranno anche gli altri a questo punto. Non esiste limite. Arriveranno anche gli altri a questo punto. Non esiste limite, siamo solamente

un pochino più avanti nel comunicare.

Io penso che questa sia la verità, perché limite? Limite a cosa, abbiamo comunicato o no ?

FERRARO Si certo, però di fronte alla scelta della neonata col cordone ombelicale si poteva dire: questo è troppo!

TOSCANI No, io proprio pensavo... no, ma perché è troppo? Il Trovatore è troppo? Guernica di Picasso è troppo? Perché è troppo? Cosa vuol dire è troppo? Io credo che il limite ce l'ha chi non si "sentirebbe di"... Ecco, loro hanno il limite, è questo il punto. Mi sono posto proprio questa domanda per educazione verso chi guarda. Io credo che il limite ce l'ha chi ha un limite, chi pensa ci sia. Qual è il limite della fantasia, qual è il limite dell'amore, qual è? Il limite del voler bene al prossimo e viceversa.

FERRARO Le reazioni negative, non Le hanno mai fatto nascere l'idea di essere un pò in distonia con la società, cioè che forse Lei va da una parte e la società dall'altra?

TOSCANI A volte ho anche vergogna di appartenere ad una certa società. Il fatto di essere in distonia con la società è solamente un fatto di coscienza individuale. Ci sono tante cose che vanno in distonia con la società.

Credo che il mio vedere in un certo modo, che non va in sintonia con la società, secondo me, è un limite

Credo, e questo lo si dimostra quando si va a votare, che chi vota è sempre più avanti dei politici, dei sistemi.

Ci sono delle cose che veramente non capisco. Ieri sera, in albergo a Milano, guardavo la televisione ed ho visto questo spot della SNAM, quello di Folon, che per me è già kitsch, e io mi domando come mai una roba così non viene censurata, dove un gabbiano, un uccello, diventa una mano che va a pigliare l'energia sotto terra e prende questo fuoco che viaggia, poi va a prendere un'altra mano nell'acqua, poi la va a pigliare non so dove, tutta questa pulizia fantastica, questa bugia, falsità unica, e la va a posare sulla casa quando in realtà non è così, loro sono i primi inquinatori del mondo e ci raccontano questa grossa balla. Ecco, se io fossi responsabile della società direi: questo è da censurare.

FERRARO In un certo senso la comunicazione Benetton sottolinea l'uguaglianza.

TOSCANI No, no. non siamo tutti uguali: ci sono gli stupidi, i meno stupidi, gli intelligenti, i veri intelligenti.

FERRARO Diciamo che c'è un discorso di tolleranza?

TOSCANI Di accettazione. Senza fare un classismo di questo, perché, poi, ci sono i brutti, i meno brutti, i carini, i belli, i bellissimi: uomini e donne. Non c'è niente da fare, è così. E soprattutto non ce ne sono due uguali e non ce n'è mai stato un altro come Lei e non ce ne sarà più un altro come Lei, in assoluto non siamo uguali.

FERRARO Ecco, questo discorso di tolleranza cozza un po' contro...

TOSCANI Non si tratta di tolleranza. Accettazione, è diverso!

FERRARO Questo discorso di accettazione mi sembra che vada contro una tendenza sociale di frammentazione: ad esempio i fenomeni delle leghe, del razzismo, che stanno crescendo nella società di oggi, ecco mi sembra che questo discorso va dall'altra parte. Come mai secondo Lei?

TOSCANI No, non va dall'altra parte. Sa, le leghe, il fascismo si ripresenta

nella storia sotto nuove facce, non è che arrivino qui con gli stivali e le camicie nere adesso, vengono qui con la faccia del Bossi. Secondo me è così. Eh sì!. E anche loro hanno incominciato a far funzionare i treni in orario, ma in realtà è quello che vorrebbero fare questi qui. Questo mi fa molta paura, che si caschi in questo tranello, così come son cascati nel 1920 i miei genitori, mia madre e le sue sorelle dicevano: «ma no, guarda che Mussolini funziona, fa andare i treni in orario». E mio nonno diceva: Voi siete una massa di stupidi, siete dei vitelli che vanno a cercare il macellaio».

FERRARO Quali sono i soggetti fotografici che Le hanno provocato maggiori emozioni?

TOSCANI La Giusy (la neonata col cordone ombelicale), sì sì la Giusy, è il massimo. Infatti dopo quella foto ho smesso di fotografare per la Benetton. Le altre foto non le ho fatte io, le ho scelte, dopo la foto della Giusy...

FERRARO Dopo non c'è stato più niente.

TOSCANI No, non c'è più niente. Giusy mi ha fatto riflettere, adesso ricomincerò, ma quella foto mi ha fatto riflettere.



ILLUSTRAZIONE ANDREA ROSSO

link RECENSIONI

Brigitte Alain Duprè **Nascere come Pinocchio. Storie di PMA**

a cura di Marisa D'Arrigo, Astra De Luca, Marzia Duval. Prefazione di Marisa D'Arrigo e Marzia Duval.
Guida Editori, Napoli, 2024, pp. 221, euro 22.

Brigitte Alain Duprè, psicologa clinica di formazione psicoanalitica junghiana, già analista infantile della *Société Française de Psychologie Analytique*, è attualmente socio ordinario e docente del Cipa, Centro Italiano di Psicologia Analitica, Istituto per l'Italia Meridionale e la Sicilia, nonché membro della IAAP, *International Association of Analytical Psychology*.

Il libro, attraverso la pluriennale pratica analitica dell'Autrice, propone la necessità di adottare uno *sguardo modificato*, psicologicamente orientato, verso chi si rivolge alla PMA (procreazione medicalmente assistita) per cercare di realizzare il desiderio di maternità e paternità, a fronte del proprio tragico impedimento alla procreazione.

E'uno *sguardo modificato* perché sollecita una considerazione della PMA in maniera più complessa e problematica, che si volge all'osservazione di tale esperienza ampliandone la visione, includendo in modo specifico tutto ciò che si anima nel *mondo interno della coppia*, ad integrazione delle peculiarità dell'intervento medico-specialistico, superandone l'unilateralità.

Viene, inoltre, segnalata al lettore l'importanza di non trascurare tutto ciò che concerne, da parte del bambino/bambina che nascerà quale frutto della procreazione assistita, l'area delle conseguenze psicologiche di tale intervento, sottolineando l'importanza di dare il giusto rilievo alle fantasie sul *mistero delle origini*, esplorando il modo come esse contribuiscono a plasmarne la vita psichica conscia e inconscia.

Il discorso articolato nel testo è profondo, attento, scrupoloso e accompagna il lettore alla consapevolezza imprescindibile di interrogativi cui si offrono risposte e ipotesi di ricerca rivolte sia alle attese dei futuri (si spera) genitori sia alla psiche del nascituro.

L'esperienza degli uni (il padre e la madre) e degli altri (il figlio/figlia) viene così accomunata da un sottile *fil rouge* che evidenzia, rendendola degna della massima attenzione analitica (e non solo), la *ricerca del senso* da parte di tutti i soggetti coinvolti: genitori e figli.

È l'esplorazione del mondo della fantasia, di importanza fondamentale per l'essere umano, accompagnandolo dalla nascita in poi, luogo privilegiato in cui si esprimono in libertà le tendenze soggettive ancor prima del concepimento. In questa *ricerca del senso* il compito terapeutico, così come ci viene illustrato nella presentazione delle vignette cliniche, va indirizzato all'esplorazione della dimensione simbolica che prende corpo e si anima, esprimendosi nelle fantasie, nei sogni e nei racconti di padri, madri, figli, che ripercorrono la storia della propria vita alla presenza discreta dell'analista, testimone di vicende uniche, originali e drammatiche.

Brigitte Allain-Dupré
**Nascere come Pinocchio
Storie di PMA**

a cura di
Marisa D'Arrigo, Astra De Luca, Marzia Duval

Guida:editori



link RECENSIONI



I movimenti psichici che caratterizzano i protagonisti delle esperienze di PMA vengono letti e riproposti alla luce del *pensiero immaginale*, il pensiero non indirizzato descritto da Jung, che utilizza un linguaggio non realistico e non razionale, guidato da motivi inconsci, le cui metafore si ritrovano nelle favole cui l'Autrice si riferisce nel presentare le situazioni tratte dalla sua esperienza clinica: Pinocchio, la Bella Addormentata nel Bosco, Frozen, figure archetipiche espressione più pura dell'inconscio collettivo che, nella loro atemporalità, incarnano le saggezze dell'umanità.

In tale ottica, anche l'Arte Rinascimentale, in questo caso *L'Annunciazione* di Lorenzo Lotto, può fungere da ulteriore supporto interpretativo, a sostegno delle sollecitazioni evocative che si concretizzano in intuizioni e suggestioni, che, insieme ai rimandi simbolici alle favole, diventano strumento di comprensione nella relazione d'aiuto con bambini e adulti, le cui aspirazioni, angosce e frustrazioni vengono ascoltate e accolte alla ricerca di quel senso di cui, appunto, si parlava.

L'intento è quello di dare voce alle *narrazioni*, luoghi di rappresentazioni che raccontano le forze, le luci e le ombre che prendono vita nelle profondità della psiche. Vi si celano incubi sepolti, insicurezze, incertezze sulla propria identità, inquietudini, che fanno da sfondo al *proprio modo di stare al mondo*, sia come adulti-genitori, sia come bambini/giovani-figli, in quanto soggetti coinvolti nella PMA.

In questa connessione profonda fra biotecnologia e psiche, si tessono le trame che svelano le condizioni simboliche di adattamento ai cambiamenti delle ordinarie modalità di procreazione.

Lo sguardo illuminante dell'analista, volto alle ferite dell'infertilità e alla ricerca del senso della propria storia, apre all'importanza del mondo interno per capire le difficoltà nel trovare le parole per raccontare la propria origine infertile.

L'atteggiamento analitico, così, accompagna verso una *dimensione innovativa* che aiuta a ridimensionare il tabù dell'impossibilità del concepimento, creando uno spazio di incontro in cui il dialogo con i pazienti si incrocia con il razionale e l'immaginale, evitando approcci riduttivi e semplicistici.

In conclusione, la dottoressa Dupré ci invita, da una parte, a chiederci se i bambini nati dalla PMA sono come gli altri, andando a distinguere le immagini tecniche precostituite da quelle sconosciute del bambino oggetto del desiderio e, dall'altra, a considerare la sterilità non come una malattia in senso stretto ma come la sofferenza di un desiderio frustrato, di cui prendersi cura, in tutte le sue implicazioni.

AUGUSTO NUCCIOTTI
Psicologo Analista Junghiano
Membro Ordinario Cipa e IAAP

CONVEGNI CONGRESSI

European Association of Work and Organizational Psychology EAWOP 2025 -Transforming working environments: challenges & opportunities

■ May 21, 2025 - May 24, 2025
Prague
Czech Republic

ATINER 2025: 19th Annual International Conference on Psychology

■ May 26, 2025 - May 29, 2025
Athens
Greece

EACLIPT 2025 Conference

■ May 28, 2025 - May 30, 2025
Frankfurt
Germany

18th European Society for Traumatic Stress Studies Conference

■ 12 - 14 June 2025
Tbilisi
Georgia

European Society of Psychology Learning and Teaching - ESPLAT - Conference 2025

■ 01 -03 september 2025
Münster
Germany

31st International Congress of Applied Psychology - Call for Abstracts now open!

■ 20 - 26 July 2026
Florence
Italy

XXth conference of the European Association for Research on Adolescence

■ 18 - 21 August 2026
Utrecht
Netherlands

CONVEGNI CONGRESSI

Convegno di Psicologia Analitica "Dallo stupro della Madre Terra al femminicidio"

■ Napoli 4/5 Aprile 2025
Ipogeo del Buon Consiglio
a Capodimonte,
via Capodimonte, 13

Antheia, Cipa, Ordine Psicologi
Campania, Telefono Rosa

La visione antropocentrica dell'universo fa sì che la nostra Madre Terra gridi di dolore per le ferite che noi figli, ripetutamente e ciecamente, le infliggiamo.

Se filogeneticamente la separazione dalla Grande Madre è un processo evolutivo e individuativo, il matricidio, come uccisione e mortificazione della Madre Terra e del Femminile, porta allo scenario catastrofico cui oggi assistiamo: guerra tra popoli, guerra tra generi, crisi climatica, infertilità.

Di fronte a questi macrofenomeni ed alle loro pesanti ricadute cliniche, noi analisti non possiamo che interrogarci e provare, tramite gli strumenti in nostro possesso, di dare un senso ed anche una prospettiva di futuro e speranza.

PROGRAMMA

Venerdì 4 Aprile ore 15.30/18.30

Ore 15.30 AnnaMaria Riontino - Saluti Antheia
Ore 15.45 Saluti Presidente Ordine degli Psicologi della Campania
Modera Augusto Nucciotti
Ore 16.00 Maurizio Nicolosi - Saluti Cipa e Introduzione
Ore 16.45 Intervallo
Ore 17.00 Luigi Montano – (Past President della Società Italiana di Riproduzione Umana)
Ore 17.45 Dibattito

Sabato 5 Aprile ore 9.00/13.00

Modera Valentina Sana
Ore 9.00 Cinzia Caputo - Marisa D'Arrigo, Il Mito della Grande Madre. Ecologia e femminicidio
Ore 9.45 Silvia Mattei – Fili Rossi
Intervallo
Ore 11.00 Claudia Cincotta – Lia Novembre, Terra d'amore e morte: riflessioni ondivaghe su natura e clinica
Ore 11.45 Dibattito
Ore 12.15 Franco La Rosa – Conclusioni

Sabato 5 Aprile ore 15.30

Roberta Meomartini, Esperta d'Arte, Visita guidata al MAN
(su prenotazione)

INFO E PRENOTAZIONI

Cipa Meridionale
email cipameridionaleyahoo.it
Cinzia Caputo email cinzia.caputo09mail.com
Federica Minaci 3355849934

Ingresso gratuito

link art



Foto 1. Facciata dell'edificio del Padiglione Centrale, Collettivo indigeno Brasiliano Mahku

Biennale di Venezia Stranieri Ovunque/ Foreigners Everywhere

Negli storici Padiglioni ai Giardini, all'Arsenale, all'isola della Giudecca e in tutta la città, vivono opere di più di 300 artisti e collettivi¹: dalla pittura alla scultura, dalle installazioni alle performance, dai murales agli arazzi, dai video ai filmati, centinaia di testimonianze, scoperte, nuovi destini, fughe da guerre, soprusi, povertà. Sono questi gli "stranieri", non compresi, rifiutati, perseguitati. Stranieri discriminati per «differenze e disparità condizionate dall'identità, dalla cittadinanza, dalla razza, dal genere, dalla religione, dalla sessualità, dalla ricchezza», ha detto il curatore Adriano Pedrosa alla presentazione della Biennale 2024

Testo e foto ROSA DE ROSA*

PAROLE CHIAVE: Arte, culture, identità, linguaggi

Pedrosa ha scelto di esplorare in profondità un tema cruciale del nostro presente: che cosa significa nel mondo globalizzato e iperconnesso la parola "straniero"? Non solo vediamo gli altri come "stranieri" ma sempre più ci sentiamo stranieri noi stessi. Intorno a questo tema la Biennale ha disegnato un percorso di consapevolezza dell'evoluzione e del significato prospettico di linguaggi, saperi, culture del Sud e del Nord del mondo. L'arte continua così a parlarci del presente, trasmettendo messaggi di esplorazione e conciliazione di nuove cittadinanze². Lungo questo itinerario la mia prima suggestione è la facciata dell'edificio del Padiglione Centrale ai Giardini: un monumentale e variopinto murale realizzato dal Collettivo indigeno Brasiliano Mahku (*foto 1*): settecento metri quadri policromi tempestati di persone, paesaggi, storie. All'interno, nella prima sezione del "Nucleo Storico", la sala dedicata ai ritratti e alla rappresentazione della figura umana si presenta come una celebrazione dell'identità dell'artista e della straordinaria multiformità di connotati di genere, di cultura, di orientamento sessuale.

Questa multiformità è senz'altro il tema dominante di tutti i Padiglioni nazionali, tra i quali scegliamo – molto soggettivamente – i più interessanti. Partiamo dalla Spagna. Sandra Gamarra Heshiki, nata a Lima ma madrilena d'adozione, ha reso omaggio all'arte di ogni tempo allestendo una "Pinacoteca Migrante", un museo immaginario fatto di copie di opere esposte nei principali musei spagnoli e trasformate in nuovi prodotti che ruotano intorno al tema del passato coloniale spagnolo. Opere famose e non, reinterpretate non in rapporto all'iconografia, alla decodificazione di quanto ci sembra di riconoscere, ma in relazione al viaggio e specialmente al viaggiatore.

Definirei abbagliante il Padiglione della Francia, dove lo scultore franco-caraibico Julien Creuzet, mette insieme poesie, testi, sculture multicolori, musica, cinema: una sintesi armoniosa di creatività e bellezza. Sono le parole a guidare il visitatore in una navigazione infinita e armonica tra forme, suoni, colori, abitanti. "Quella che qui è proposta – si legge nell'introduzione – è una zona di confluenza sensoriale, un'esperienza da vivere profondamente" (*foto 2*).

Il coloratissimo Padiglione degli Stati Uniti è dedicato all'artista nativo americano Jeffrey Gibson, che nelle sue installazioni utilizza non solo pittura ma anche tessitura e oggetti di artigianato: perline, frange, nastri, fibbie, borse, e altre decorazioni, per parlarci di appartenenza, identità, tradizione: "l'inclusione di questi oggetti è un gesto d'amore che crea un legame fisico e umano con il creatore e le sue tradizioni ma anche un dialogo visivo all'interno della composizione che rivela la fede di Gibson nel potere curativo dell'arte espresso attraverso un'etica



Foto 2. Padiglione
Francia, Julien Creuzet

di amore e accettazione". Se ne ricava un'esortazione alla convergenza di valore tra le inesauribili forme dell'arte tradizionale del pianeta, dalle origini alla contemporaneità (foto 3).

Nel nostro breve percorso non si può non citare il Padiglione del Giappone, che si conferma avanguardia dei linguaggi artistici. Yuko Mohri propone nella grande sala espositiva i temi dell'ecologia e della sostenibilità ambientale. Sculture cinetiche fatte di oggetti di uso comune: imbuto e bacinelle assemblati con fili e tubi, raccolgono l'acqua, che non si disperde, si ricicla. Nella stessa sala, le tematiche ambientali si basano su oggetti recuperati in laguna, come mobili e tavolini, popolati da fruttiere i cui frutti maturi contengono sensori che emettono suoni e odori prodotti dalla decomposizione chimica degli alimenti.



Foto 3. Padiglione Stati Uniti, Jeffrey Gibson



Foto 4.
Padiglione
Giappone. Yuko
Mohri



Foto 5. Arsenale, Yinka
Shonibare



Foto 6.
Padiglione
Libano, Nada
Ghandour

Un paesaggio visivo, olfattivo e uditivo che muta in risposta alle condizioni ambientali e vitali (foto 4.).

L'Arsenale, altro grande spazio espositivo, ci accoglie con le scritte al neon "Stranieri Ovunque" di Claire Fontaine e con il grande Cosmonauta-migrante di Yinka Shonibare. L'opera rappresenta un moderno viaggiatore che si muove nel tempo e nello spazio portando nel suo carico, una bisaccia, quanto la modernità ha prodotto (foto 5).

Nella grande sala del Libano curata da Nada Ghandour un'imbarcazione tradizionale (*foto 6*) ricorda il passato di questo antico popolo fenicio, in parallelo con l'installazione multimediale "Con il suo mito lei danza" di Mounira Al Solh, una reinterpretazione dal punto di vista femminile di uno dei miti più celebri della classicità: il rapimento di Europa, principessa fenicia, da parte di Zeus. Nel rileggere il mito (Zeus, trasformato in toro, rapisce Europa, la seduce e la conduce fino a Creta), l'artista ci sorprende con un finale alternativo e contemporaneo: la donna di oggi, più consapevole delle proprie capacità culturali e sociali è artefice del proprio destino. Un atto ancora incompiuto, una parità di genere ancora in ritardo in tanti paesi del mondo.

L'incontro più interessante con il tema delle migrazioni si fa nella grande sala centrale dell'Arsenale con il lavoro "The Mapping Journey Project" di Bouchra Khalili, artista del Marocco. Otto installazioni, elaborate nel corso di tre anni di lavoro attraverso le principali rotte migratorie del nostro tempo, raccolgono storie di migranti narrate dagli stessi protagonisti: su carte geografiche, coordinate da video, tracciano rotte e narrano il loro viaggio dolente, durato anche anni. Storie di uomini, donne, ragazzi, bambini con i loro corpi, voci, nomi e cognomi, storie di coraggio, soprusi, paure, sogni.

Il Padiglione Italia, curato da Luca Cerizza, accoglie i visitatori con la musica: un grande ambiente è abitato dal progetto di Massimo Bartolini "Due qui/To Hear (Udire, Ascoltare)", installazione ambientale e sonora dove spazio e ascolto, armonia e pace, relazione e suono, ci inducono a sostare, a riflettere su ciò che in tempo reale stiamo vivendo. In totale silenzio si percorre la grande sala abitata da una sola presenza, una piccola statuetta di Bodhisattva pensoso, una delle figurazioni più importanti della cultura buddhista.

Credo che in questo tempo di guerre, migrazioni, ineguaglianze intollerabili, crisi ambientale, la Biennale abbia avuto il merito di dare nuovi e sorprendenti significati alla parola "straniero": straniero è, per tutti, l'altro, e dunque la conoscenza della stupefacente diversità di linguaggi, tradizioni, espressioni artistiche è l'unica strada che abbiamo per intraprendere un percorso sensato verso l'uguaglianza, la solidarietà, la libertà di tutti i popoli del pianeta.

* Dipartimento Arti Visive dell'Accademia di Belle Arti Aldo Galli di Como

NOTE

1. 88 partecipazioni nazionali. Assenti Israele (fino a quando non cesserà la guerra e saranno liberati gli ostaggi) e la Russia (ha lasciato il Padiglione alla Bolivia). Quattro i Paesi presenti per la prima volta: Repubblica del Benin, Etiopia, Repubblica democratica di Timor Est e Repubblica Unita della Tanzania. Il Nicaragua, la Repubblica di Panama e il Senegal hanno partecipato per la prima volta con un proprio padiglione. Il Padiglione della Santa Sede, alla sua terza partecipazione (dopo il 2013 e il 2015) è stato allestito nel carcere femminile della Giudecca (il 28 aprile è stato visitato dal Pontefice). Vi si trova il progetto "Con i miei occhi" curato da Chiara Parisi e Bruno Racine, dedicato al tema dei diritti umani (accesso consentito a gruppi di 25 visitatori per volta e con prenotazione obbligatoria). Tra gli *Eventi Collaterali* della Biennale, all'Espace Louis Vuitton la mostra "Je est un autre" di Ernest Pignon-Ernest, importante esponente del movimento Fluxus, che fin dagli anni Sessanta ha prodotto opere su razzismo ed emarginazione, perfettamente integrabili con il tema della Biennale.

2. Il titolo *Stranieri Ovunque- Foreigners Everywhere* fa riferimento a una serie di opere realizzate a partire dal 2004 dal collettivo "Claire Fontaine" (Parigi/Palermo). L'espressione deriva a sua volta dal nome del collettivo anarchico torinese che nei primi anni duemila combatteva contro il razzismo e la xenofobia in Italia.

Foreigners Everywhere

The 2024 Biennale, which was held in Venice from April 20 to November 24, had a main theme: Foreigners everywhere. The curator, the Brazilian Adriano Pedrosa, chose to explore the meaning of the word 'foreigner' in today's globalized and hyperconnected world. The exhibitions showed the variety, diversity and richness of traditions, of visual arts and languages from all over the world, and the deep meaning of the universality of human experience.

KEY WORDS: Art, culture, identity, languages

link

RIVISTA SCIENTIFICA
DI PSICOLOGIA

