

NEL TEMPO SOSPESO

Pandemia e guerra: esperienze
di psicologia delle emergenze

a cura di
RITA DI IORIO



VECCHIARELLI EDITORE

© Vecchiarelli Editore – 2023
Piazza dell'Olmo, 27
00066 Manziana (Roma)

Tel. 06.99674591

vecchiarellieditore@gmail.com

www.vecchiarellieditore.it

ISBN 978-88-8247-467-6

*Dedicato a tutti i soccorritori
e in modo particolare ai colleghi psicologi delle emergenze.*

SOMMARIO

PREMESSA	11
<i>Rita Di Iorio</i>	
INTRODUZIONE. IL MOTO PERPETUO DELLE EMERGENZE	13
<i>Rita Di Iorio</i>	
A. LA PANDEMIA	15
B. IL CONFLITTO BELLICO IN UCRAINA	25
C. IL LAVORO DI RETE NEL PROGETTO <i>INSIEME-PA3OM</i>	27
D. DUE EMERGENZE DI MASSA	27
 PRIMA PARTE	
<i>L'EMERGENZA COVID-19</i>	
 1. COMPLESSITÀ, TEMPORALITÀ E LUOGHI DEL PANDEMICO. UNA BREVE LETTURA CLINICO – PSICOLOGICA	37
<i>Emanuele Ferrigno</i>	
A. TEMPO IMMOBILE DELLA CATASTROFE E TEMPORALITÀ VORTICOSA DEL PANDEMICO.	39
B. POTER PENSARE ANCORA I LUOGHI E LE TEMPORALITÀ DEL LEGAME E DELLA SOFFERENZA	41
C. LA CLINICA COME TEMPO STORICO E SPAZIO DI RESISTENZA	43
 2. <i>BLACK TO BLACK</i>: DI FRONTE AL COVID-19, L'INCONTRO FRA UNO PSICOLOGO CLINICO E UN <i>ÉQUIPE</i> DI TERAPIA INTENSIVA	49
<i>Pascal Lapeyre</i>	
A. L'ESPERIENZA TRAUMATICA DI MOLTI OPERATORI SANITARI NEL REPARTO DI TERAPIA INTENSIVA COVID-19	50
B. COME PENSARE IL PROBLEMA DEL “CONTATTO” IN QUESTO CONTESTO COMPLESSO?	53
C. QUANDO SI HA A CHE FARE CON PERSONE TRAUMATIZZATE: BISOGNA IMPARARE A CAMMINARE SULLE UOVA	54
D. MI È VENUTO IN MENTE CHE C'ERA UNA COSA CHE POTEVAMO ANCORA FARE: ESSERE-Li'	56
E. UN'ASPETTATIVA SENZA ASPETTATIVA DELL'ATTESO, CI	

DICE E. LÈVINAS	59
F. E ALLORA L'ESSER-CI È DIVENTATO L'ESSERE-CON	64

3. ADOLESCENTI AI TEMPI DEL CORONAVIRUS: FRA TRAUMA COMULATIVO DIFFUSO E RESILIENZA 67

Daniele Biondo

A. GLI ADOLESCENTI E I LORO INTERLOCUTORI ADULTI NELL'EMERGENZA PANDEMICA	70
B. IL RAPPORTO CON IL TERZO E CON LA LEGGE DURANTE LA PANDEMIA	71
C. ANGOSCIA DI MORTE E DIFESE ADOLESCENZIALI	
D. LA CLINICA PSICOANALITICA PER ELABORARE IL TRAUMA E SVILUPPARE LA RESILIENZA	77

4. RIFLESSIONI SULL'IMPATTO PSICOLOGICO DEL COVID-19 SULLA POPOLAZIONE INFANTILE ADOLESCENTE 97

Virginia Martino

A. LA SCUOLA	97
B. I GENITORI E LE FAMIGLIE	100
C. IL DISTANZIAMENTO SOCIALE	102

5. GLI OSTACOLI INCONTRATI DALLE PERSONE CON DISABILITÀ DURANTE LA PANDEMIA 107

Stefano Migliorisi, Carla Mazzolini, Assunta Zaffino

A. DISABILITÀ E LOCKDOWN	107
B. DISABILITÀ INTELLETTIVE	109
C. AUTISMO	112
D. SINDROME DOWN	117
E. DISABILITÀ SENSORIALI	118
F. PAZIENTI PSICHIATRICI	128

6. LA SALUTE MENTALE DEGLI OPERATORI SANITARI DURANTE E DOPO LA PANDEMIA DA COVID-19 145

Alessandra Terenzi

A. STUDI SULLA SALUTE MENTALE DEGLI OPERATORI SANITARI DURANTE LA PANDEMIA	146
B. INTERVENTI DI SUPPORTO PSICOLOGICO E PSICOSOCIALE ATTUATI IN ITALIA E NEL MONDO A FAVORE DEGLI OPERATORI	

7. UN ANALISI DEGLI EFFETTI DELLA PANDEMIA SULLA POPOLAZIONE ANZIANA

163

Emanuele Luzzi, Giorgio Espugnatore, Sofia Louise Pietrarelli

- A. GLI EFFETTI DELLA PANDEMIA: LE IPOTESI 163
- B. ANALISI DEI DATI SULLA MORTALITÀ DA COVID-19 164
- C. LE PREOCCUPAZIONI SULLA SALUTE PSICOLOGICA DEGLI ANZIANI 168
- D. L'INTERVENTO DI SOCCORSO PSICOLOGICO DEL CENTRO ALFREDO RAMPI NELL'EMERGENZA COVID-19 175
- E. RISORSE PER GLI ANZIANI DURANTE IL COVID-19 178

8. VENTI MINUTI PER COSTRUIRE IL CAMBIAMENTO. GLI PSICOLOGI DELLE EMERGENZE DEL CENTRO ALFREDO RAMPI IN PRIMA LINEA

189

Rita Di Iorio, Daniele Biondo, Michele Grano, Veronica Pasquariello

- A. SOCCORSO PSICOLOGICO AL TELEFONO 189
- B. *INSIEME*: DESCRIZIONE DELL' INTERVENTO DI SOCCORSO PSICOGICO 194
- C. INTERVENTO AL NUMERO VERDE DEL MINISTERO DELLA SALUTE 206

9. LA PSICOANALISI NEL TRAUMA E NELL'EMERGENZA COVID-19: INTERVENTI NELLA PRIMA E NELLA SECONDA LINEA

213

Daniele Biondo, Rita Di Iorio, Stefano Monetti, Nadia Maria Peron, Renata Rizzitelli, Daniela Scotto di Fasano

- A. DUE SETTING A CONFRONTO: LA PRIMA E LA SECONDA LINEA 213
- B. L'INTERVENTO DELLA PRIMA LINEA: STARE CON IL DOLORE 215
- C. IL PONTE FRA LA PRIMA E LA SECONDA LINE: "NOI SIAMO LA RESISTENZA, RAY! ..."
- D. L'ATTIVAZIONE DELLA SECONDA LINEA: CRONACHE DAL "FINEMUNNO" 218
- E. LA SECONDA LINEA: LO PSICOANALISTA RIVEDUTO E CORRETTO 221
- F. ANCORA IN SECONDA LINEA: UNA POSSIBILITÀ DI CURA 224

10. LA NASCITA DI UNA CHIMERA AI TEMPI DEL COVID-19. L'ESPERIENZA TERAPEUTICA DEL CENTRO DIURNO "IMAGO" DI BRUXELLES 233

Calevoi Nicole, Denis Monique, Ferrigno Emanuele, Lagarde Cédric, Perotti Mélanie, Potteau Soline, Renard Benjamin, Thiry Solange, Van Herck Gilles

A. LE RIEMERSIONI SINTOMATICHE PROVOCATE DAL COVID-19	234
B. LA TEMPESTA COVID-19: LA CLINICA ALLA PROVA DEL TRAUMA E DELLA SUA TEMPORALITÀ	236
C. IL PROGETTO TERAPEUTICO: UNA COSTITUZIONE DA RINEGOZIARE DI FRONTE ALL'EMERGENZA	240
D. LA <i>MATRICE</i> : IL <i>LOCUS</i> DELLA TERAPEUTICA PER LA CLINICA ISTITUZIONALE	245
E. FRA METAMORFOSI E <i>CHIMERE</i> , IL DESTINO DI UNA ISTITUZIONE DI UNA TERAPEUTICA DI FRONTE ALLA PANDEMIA	251

SECONDA PARTE

GUERRA IN UCRAINA

11. DALL'UNIONE SOVIETICA DI STALIN ALLA RUSSIA DI VLADIMIR PUTIN. I PRODROMI DELLA CRISI UCRAINA 263

Michele Brunelli

A. IL TENTATIVO DI RISCOSSA ECONOMICA	274
B. IL TENTATIVO DI RISCOSSA POLITICO NAZIONALE: LA CUSTODIA DEL "VICINO ESTERO"	276
C. LA RISCOSSA POLITICO-INTERNAZIONALE: RI-ASSUMERE IL RUOLO DI GRANDE POTENZA	279

12. IL TRAUMA DELLA GUERRA NELLE BAMBINE, NEI BAMBINI E NEGLI ADOLESCENTI 285

Daniele Biondo, Rita Di Iorio

A. LE BAMBINE, I BAMBINI E LA GUERRA	285
B. L'INTERVENTO PSICOLOGICO IN EMERGENZA	290
C. IL TRATTAMENTO	296

13. INTERVENTI DI SOSTEGNO PSICOLOGICO CON I RIFUGIATI UCRAINI IN UN SETTING TRANSCULTURALE 299

Rita Di Iorio, Tommaso Romeo, Veronica Pasquariello

- A. ESPERIENZE DEL CENTRO ASSISTENZA EMERGENZA UCRAINA DEL CENTRO ALFREDO RAMPI 299
- B. IL SETTING TRANSCULTURALE 302
- C. INTERVENTO PSICODINAMICO CON UN ADOLESCENTE IN CONTESTO EMERGENZIALE 305
- D. UN PONTE TRA UCRAINA E ITALIA 308

14. TESTIMONIANZE DALLA RETE DEL PROGETTO “INSIEME-PA3OM” 315

Daniele Biondo, Patrizia Bonamici, Veronica Pasquariello, Nataliia (Tasha) Reznik De Pirro

- A. STARE *INSIEME* NELL'EMERGENZA UCRAINA 315
- B. UNHCR: LA TUTELA DELLE PERSONE RIFUGIATE E RICHIEDENTI ASILO 317
- C. INTERVISTA A SOFIA DUTCHAK, PSICOLOGA UCRAINA DI VERONICA PASQUARIELLO 322
- D. IL POPOLO UCRAINO DI FRONTE ALLA PERDITA E AL DOLORE 327

9. MIGRANTI E PROFUGHI. UNA RIFLESSIONE PSICOANALITICA SULLA SPERANZA 331

Patrizia Montagner

- A. I MIGRANTI DAL MEDITERRANEO E DALLA ROTTA BALCANICA 333
- B. I PROFUGHI UCRAINI 335
- C. CONCLUSIONI 341

RINGRAZIAMENTI 343

AUTORI 345

PREMESSA

Questo volume contiene preziosi contributi di colleghi italiani e stranieri impegnati nel campo della psicologia dell'emergenza e della traumatologia. Contributi che descrivono non solo le metodologie di intervento, ma soprattutto le esperienze vissute tanto dai soccorritori che dalle vittime delle due importanti emergenze che hanno interessato il nostro pianeta negli ultimi anni. Vengono analiticamente descritte le attività svolte dai soccorritori, che permetteranno ai lettori di avvicinarsi alle emozioni dei pazienti, delle vittime, dei profughi, degli utenti e dei soccorritori stessi. Tutte persone che hanno vissuto e ancora stanno affrontando la pandemia da COVID-19 e il conflitto bellico in Ucraina.

Un grazie affettuoso ai trentadue Autori che hanno voluto condividere con me il desiderio di raccontare *dall'interno* le emergenze che ci hanno coinvolto in tre anni (dal 2020 al 2023). Emergenze che ci hanno impegnato intensamente e ci stanno ancora impegnando personalmente e professionalmente.

Il libro offre una visione ricca e poliedrica delle emergenze che ci hanno coinvolto in questi ultimi tre anni grazie al folto numero di professionisti che hanno condiviso le loro esperienze: colleghi psicologi e psicoterapeuti (tra cui molti psicoanalisti) italiani, ucraini, belgi, nonché professionisti di varie professionalità (docenti, artisti, assistenti sociali, medici, psichiatri, fisioterapisti, mediatori linguistici e culturali) che hanno raccontato i loro interventi; Enti e Istituzioni varie che hanno dato vita alle reti per il supporto sia alle vittime della pandemia che ai rifugiati ucraini; e, infine, stagisti e tirocinanti che hanno dedicato tempo e passione a supportare gli interventi dei loro colleghi più esperti.

Mi auguro che l'impegno di tanti professionisti afferenti a numerose istituzioni e professionalità e le riflessioni da loro proposte possano essere di aiuto ai lettori: sia perché il racconto dell'esperienza permette di *sublimarla*, attraverso l'elaborazione e la trasformazione in parole che le fa raggiungere la soglia più elevata (*sub-limine*), sia perché la riflessione su di essa aiuta a fronteggiare future situazioni simili. Dobbiamo *imparare dall'esperienza*, per dirla con Bion, poiché pandemie e guerre sono emergenze che anche se in forme diverse

si ripeteranno in futuro e nelle diverse parti del mondo. Poter raccontare l'esperienza permette di poterla *significare* e di conseguenza poterla memorizzare. La memoria ha bisogno di "senso" per attivarsi e per immagazzinare l'esperienza all'interno dei processi simbolici superiori della mente. Il trauma congela le emozioni e blocca il pensiero. Ecco il riferimento al "tempo sospeso" del titolo di questa raccolta. Con il racconto delle esperienze abbiamo ripreso a respirare... e a pensare e così abbiamo recuperato la piacevole sensazione dello scorrere del tempo. Mi auguro che anche i lettori possano ritrovare il loro "tempo" per pensare e sentire le emozioni attivate in loro dalle recenti emergenze e così poter andar avanti nella loro vita più leggeri.

Roma 1 settembre 2023

Rita Di Iorio

IL MOTO PERPETUO DELLE EMERGENZE

Rita Di Iorio

*C'è sempre un pezzetto di cielo verso cui
alzare la testa. Allora, non guardare in giù,
guarda in alto, su, su, su, e ne verremo fuori!*

Prenderemo il volo!

(Fatema Mernissi 1994, p. 204)

Iniziare a scrivere l'introduzione di questo testo è stato molto complicato, forse come lo è sempre per me, prima di iniziare uno scritto. In questo caso lo è stato molto di più perché in questi ultimi anni si sono avvicendate diverse emergenze. Tante le emozioni e tante le decisioni da prendere che si sono affastellate nella mia mente che ho sentito la necessità di prendermi del tempo per metterle in ordine.

Il Centro Alfredo Rampi in questi ultimi anni (2020 - 2023) ha organizzato tante attività informative e formative e attività di soccorso logistico e psicologico che hanno impegnato molto i suoi operatori e volontari. Molte delle attività di soccorso psicosociale e psicologico sono state dedicate all'emergenza sanitaria e all'emergenza bellica in Ucraina.

Vorrei, però, iniziare dal descrivere un evento molto significativo per il Centro Alfredo Rampi svoltosi nel 2021 nel pieno dell'epidemia COVID-19, la celebrazione dei quarant'anni dalla costituzione dell'Associazione: quaranta anni di impegno volto alla promozione della cultura della sicurezza e del benessere psicosociale, della protezione civile, della tutela dell'infanzia, della solidarietà, della legalità, della salvaguardia ambientale, dell'educazione alla protezione dei rischi ambientali, del soccorso tecnico ed emotivo nelle emergenze. L'evento si è svolto l'11 e il 12 giugno 2021, in un clima di incertezza e di restrizioni per la pandemia che ci hanno fatto dubitare fino all'ultimo giorno sulla possibilità di svolgere la manifestazione. La sala dell'*Auditorio Conciliazione* di Roma, coloratissima per le divise dei volontari di protezione civile della nostra associazione e di tante altre che hanno con noi collaborano da anni, ha rappresentato un segno di solidarietà e di colore in un periodo buio.

Celebrare insieme a tutti coloro che hanno collaborato e sostenuto

l'Associazione in tutti questi anni, Enti pubblici e privati, associazioni, enti istituzionali e scientifici, ONG, il mondo del cinema e tanti cittadini, è stata una grande emozione.

La manifestazione ha rappresentato un momento prezioso di condivisione e anche di gratificazione e riconoscimento per tutto il lavoro svolto. Tale momento ha costituito una spinta a continuare il nostro impegno nel sostegno logistico, psicosociale e psicologico alla popolazione italiana, specialmente in un periodo così difficile per tutti.

La manifestazione è stata una pausa in quell'anno pieno di timori per sé e per gli altri, di incertezza sul come comportarsi, di sofferenza e lutti, di paura e angoscia, di rabbia e incredulità, di impotenza e paranoia, di dipendenza e trasgressione.

Come dimenticare quel marzo 2019 quando ci siamo svegliati con l'allarme epidemia! L'incredulità ha spinto tutti noi in un primo momento a sottovalutarlo, o a considerarlo di breve durata, ma poi con il passare dei giorni l'epidemia è stata classificata *pandemia*, pandemia globale.

A. LA PANDEMIA

*Ti chiedi perché la vita, perché questo
mondo, perché il soffrire...
allora che fai, lasci perdere e continui
stancamente...
oppure smetti di strisciare, ti rialzi e ri-
prendi il passo a testa alta, marciando verso il
futuro con nuove consapevolezze e lasciando
entrare la luce anche dove sei convinta che
possa esistere solo il buio?*
(Pino Imperatore, 2019, p. 160) ¹

In quei giorni ci siamo svegliati con la sensazione di essere in un mondo parallelo dove il tempo si è fermato, ogni azione era sospesa. Una situazione traumatica blocca il pensiero, l'azione e le emozioni e rallenta la percezione del tempo. L'allarme che proviene dall'esterno fa scattare anche quello nel mondo interno che disorienta: c'è bisogno del giusto tempo per capire di cosa si tratti e cosa fare.

L'epidemia ha reso tutto più difficile perché nessuno poteva aiutare l'altro per timore di contagio, nessuno sapeva cosa potesse essere più opportuno fare. L'aiuto dell'altro, che costituisce la risorsa fondamentale nel momento del bisogno per poter gestire qualsiasi evento critico, in questo contesto era assente, perché l'epidemia ci isolava e ci allontanava uno dall'altro. Il tutto aggravato dalla carenza di una comunicazione chiara e autorevole che ha lasciato spazio a dubbi e incertezze e alimentato ansie e paure. L'emergenza sanitaria da COVID-19 ha messo, inoltre, in evidenza la carenza di un serio piano di prevenzione per la gestione di questo tipo di emergenza (per quanto già annunciata negli anni precedenti) sia dal punto di vista logistico che informativo per la popolazione. Eppure come associazione, ed in particolare come psicologi esperti in comunicazione e psicologia delle emergenze, avevamo condiviso precise indicazioni per la stesura di piani d'informazione e formazione della popolazione per gestire al meglio il prima, il durante e il dopo emergenze di diverse tipologie (Di Iorio, Biondo

¹ Dal romanzo di Pino Imperatore "Con affetto ti ammazzerò" (DeA Planeta libri s.r.l. 2019).

2009a, 2009b, 2011). Le comunità come gli individui hanno bisogno prima di tutto di un riferimento costante, autorevole, chiaro e conosciuto per non disperdersi in mille informazioni contrastanti e spesso inidonee che ancora di più spaventano e disorientano.

La pandemia ha anche confermato la carenza dei presidi sanitari territoriali di prossimità nel nostro Paese e la carenza di personale sanitario, insufficiente per il fabbisogno dei cittadini già in tempi di pace e di conseguenza ancor più insufficiente durante un'emergenza che richiede risorse straordinarie.

Forse per tutti questi aspetti si è innescata nei cittadini una situazione psicologica di confusione che ha bloccato ogni agire e in molti casi ha slatentizzato paure, angosce e disagi tenuti fino ad allora ben nascosti nell'inconscio.

Situazioni particolarmente catastrofiche e prolungate nel tempo possono portare alla destrutturazione e alla disarticolazione della psiche e far regredire ad organizzazioni mentali primitive che possono far precipitare la vittima fino alla morte psichica e a volte anche a quella fisica.

Fortunatamente la spinta alla sopravvivenza permette, dopo un lasso di tempo indefinibile, il passaggio dalla reazione emotiva di *shock* e di destrutturazione del pensiero alla riattivazione della facoltà di ragionamento volto alla ricerca di soluzioni idonee alla propria salvaguardia. L'organismo spinto dall'istinto di autoconservazione percepisce l'esigenza della mente-corpo e così arresta il processo di disarticolazione e volge verso la sopravvivenza.

Freud ha affermato che per arrestare il processo di destrutturazione psichica deve entrare in gioco l'istanza piacere-dispiacere capace di fornire all'Io la forza necessaria per riprendersi dalla caduta verso la morte psichica e/o fisica, mobilitando le difese della mente nel suo stato primitivo per cercare di recuperare l'illusione dell'onnipotenza infantile relativa al periodo della non integrazione dell'Io. Il bambino, però, se la può permettere questa illusione in quanto è l'ambiente a proteggerlo nella sua crescita garantendogli di poter permanere in questa illusione, difendendolo così dalla catastrofica percezione della propria impotenza. Ma nel caso della vittima da catastrofe la situazione è ben diversa.

I soccorritori, in particolar modo gli psicologi delle emergenze, devono cercare di ricreare, per quello che realisticamente può essere

possibile, un contesto di accoglienza, un punto sicuro, un contenimento e un sostegno alle vittime per aiutarle nel difficile compito di raccogliere ed integrare le parti del sé disintegrate, per poterle mettere sotto il controllo dell'Io. Per questo gli psicologi delle emergenze dovrebbero arrivare sugli scenari della catastrofe il prima possibile insieme ai soccorsi sanitari. Ciò ancora non avviene e il soccorso psicologico arriva solitamente molto in ritardo, come nell'emergenza epidemica. In alcuni casi, nonostante la presenza di aspetti traumatici in campo (penso ad esempio al trauma dei profughi che attraversano il nostro mare per fuggire da guerre e carestie), non sono istituzionalmente previsti se non dalle organizzazioni non governative o di volontariato.

A marzo del 2019 il Governo italiano decide, dopo alcuni giorni, che, come prima difesa della comunità, sarebbe stato opportuno proclamare il *lockdown* totale, nell'attesa di trovare strategie più adeguate per contenere il contagio del virus.

Come tutti anche io mi sono ritrovata chiusa in casa e con un impegno lavorativo complesso da portare avanti, non solo per la mia professione di psicoterapeuta che ha richiesto una riorganizzazione per continuare a seguire i pazienti, ma anche per l'impegno di volontaria di protezione civile, psicologa delle emergenze all'interno dell'associazione Centro Alfredo Rampi, di cui all'epoca ero presidente. Continuare a lavorare con i pazienti ha significato per me cercare e trovare strategie alternative alla seduta in presenza: una telefonata, un incontro *Skype* o una video chiamata con *WhatsApp*. I pazienti con particolari disagi non riuscivano ad utilizzare alcun sistema alternativo se non decidere di sospendere gli incontri fino al ritorno in presenza. Questo ha creato in me una preoccupazione relativa al loro equilibrio psichico, perché consapevole del loro maggiore bisogno di avere un punto di riferimento rispetto agli altri pazienti in un momento così complicato di ricerca di nuovi adattamenti.

Tutti i pazienti portavano in seduta il proprio vissuto relativo all'epidemia: chi esprimendo ripetutamente nel corso delle sedute un attacco feroce verso i politici incapaci di fare scelte chiare e stabili e rabbia verso i concittadini che accettavano di tutto senza porsi dubbi sulla manipolazione del governo e dei poteri forti (difesa aggressivo-paranoica); chi al contrario applaudendo alle scelte dei politici ed

esprimendo rabbia verso coloro che trasgredivano le regole reputandoli attentatori alla vita delle persone (accettazione della realtà ma anche paura di contagio dai trasgressori); chi riportando la rabbia contro il vaccino immaginando un complotto per la distruzione delle persone o un arricchimento delle aziende farmaceutiche; chi paranoicamente immaginando l'inserimento di microchip nel braccio; chi legato ossessivamente alla mascherina come appiglio fondamentale di sicurezza e protezione (ipocondria); chi accettandone l'uso per obbligo ma considerandolo simbolo di bavaglio (difficoltà ad accettare norme e restrizioni seppur per la propria salvaguardia); chi descrivendo la sofferenza claustrofobica dello stare a casa e aver limiti di libertà; chi sentendosi in sintonia con il resto del mondo perché finalmente riconosciuto il suo disturbo ossessivo di igiene o distacco dagli altri esseri umani (patologia ossessivo-compulsiva).

Io, che lavoro con gli adulti, nel giro della settimana lavorativa vivevo quasi tutte le varie posizioni, provando ogni volta una grande tristezza perché ognuno esprimeva con modalità diverse il proprio malessere profondo.

Alcuni pazienti preoccupati che il terapeuta potesse prendere il virus e perdere così le sedute che rappresentavano l'unico punto di riferimento fisso e stabile mi chiedevano con tono velatamente ansioso all'inizio di ogni seduta: "Dott.ssa come sta? Tutto bene?" Specialmente da remoto erano preoccupati perché più difficilmente potevano controllare il mio stato di salute.

Mi capitava di sentire più vicine le emozioni di alcuni pazienti e altre meno perché in questa emergenza anche io vi ero immersa. Sentivo di correre il rischio di aderire più facilmente ad alcuni ragionamenti piuttosto che ad altri, ma cercavo di andare, come sempre, al di là del contenuto manifesto per scendere nelle emozioni più interne del paziente, emozioni di paura di ansia di angoscia e comprendere le difese che ogni paziente metteva in atto, sia adattive che patologiche. Ho dovuto realizzare un intenso lavoro di analisi del transfert dei pazienti e del mio controtransfert che era reso ancora più complesso dal fatto che condividevamo tutti le stesse difficoltà. Inevitabilmente il virus ha invaso il setting terapeutico in quanto tutti eravamo portatori sani dell'esperienza psichica "da virus" vissuta quotidianamente. Il setting psicoanalitico non è stato lo stesso anche al ritorno in presenza:

la mascherina e i riti di igiene ad inizio terapia rendevano reale e presente la situazione emergenziale. Nella mia esperienza non ho risentito eccessivamente di questo adattamento, forse anche grazie alle esperienze di psicologa delle emergenze che continuamente richiedono l'adattamento a setting diversi.

I pazienti comunque non ne hanno risentito in maniera eccessiva, il contenimento del setting sentito invariato ha permesso loro le espressioni delle emozioni, le libere associazioni, i resoconti dei sogni, i silenzi, le riflessioni come sempre, anche se il virus è apparso nei sogni e nelle libere associazioni di tutti i pazienti.

In quei mesi non c'erano novità piacevoli per dare e darsi coraggio, neanche una, solo immagini di morte vicine o lontane ad amplificare la paura di prendere il COVID-19, la preoccupazione per la malattia da COVID-19 di familiari e amici, per la morte di un proprio caro e per la perdita economica.

Lavorando con le coppie, anche con quelle con le quali facevamo un lavoro sulla genitorialità, mi sono trovata ad affrontare le angosce dei genitori su come aiutare i propri figli, quelli trasgressivi e violenti, quelli depressi chiusi in casa, quelli dipendenti dal video giorno e notte. Aspetti già presenti nei loro figli adolescenti, ma resi ancora più estremizzati dalla pandemia, dalla obbligatoria chiusura sociale.

Difficile per me nell'arco della giornata lavorare con un cambio repentino di umori sullo stesso tema: l'epidemia. A fine serata il peso emotivo era più gravoso del solito e sentivo l'esigenza di affrontare e elaborare le emozioni accumulate. Un bagaglio reso più pesante dall'impegno relativo al sostegno psicologico rivolto ai cittadini e agli operatori del soccorso attraverso il numero verde gestito dal Centro Alfredo Rampi e successivamente quello gestito dal Ministero della Salute. Inoltre molti colleghi hanno fatto richiesta al Centro Rampi di approfondire la loro formazione sulle tecniche psicologiche più adeguate alla gestione delle emergenze. Il supporto psicosociale e psicologico durante gli eventi critici richiedono tempi e strumenti diversi da quelli usati normalmente in presenza e negli spazi abituali e con i tempi scanditi secondo l'agenda.

Per affrontare la giornata per me è stato fondamentale uscire in balcone e riconnettermi con il mondo esterno, il silenzio, il cinguettio degli uccelli, il calore del sole. Sentire i miei figli e altre persone care al telefono o su *Skype* e rassicurarmi sul loro benessere; la possibilità

di condivisione con mio marito e collega di emozioni e dubbi professionali, la possibilità di scambio con i colleghi sulle esperienze gestite insieme.

Non è stato difficile per me il cambio di setting in quanto già molti anni addietro avevo utilizzato il telefono e *Skype* con i pazienti che per lavoro venivano trasferiti all'estero o per giovani in *Erasmus*. Inoltre, come racconterò più avanti, nel post emergenza del devastante terremoto di Amatrice del 2016 avevamo utilizzato, come associazione, strumenti alternativi per sostenere le vittime.

La mia esperienza professionale clinica in contesti emergenziali mi ha dato una risorsa in più su ambedue i contesti, la capacità di passare in tempi veloci da tecniche psicoanalitiche a tecniche di psicologia dell'emergenza. In emergenza si passa rapidamente dal pensiero al fare, dal lavorare meno sulle cause e maggiormente su come aiutare la vittima a recuperare le proprie risorse per gestire *l'hic et nunc*. Dopo pochissimi giorni dalla dichiarazione dell'emergenza epidemica mi venne in mente il terremoto di Amatrice quando, dopo che i primi psicologi dell'emergenza del Centro Alfredo Rampi andarono sullo scenario, pensai di organizzare punti di riferimento a Roma per le numerose vittime ritornate in città, che si trovavano il giorno del terremoto ad Amatrice (paese molto frequentato dai romani). In quell'occasione il Centro Alfredo Rampi immediatamente propose un numero verde per accogliere le richieste di soccorso psicologico, grazie alla collaborazione della protezione civile del Comune di Roma che mise a disposizione il numero verde e due sedi per ricevere gli utenti.

Il numero verde per il primo soccorso telefonico svolto da psicologi delle emergenze si occupò di accoglienza delle vittime, di realizzazione del *triage* psicologico ed eventualmente di invio ad un altro collega per ricevere un sostegno di maggior durata.

Le situazioni più drammatiche che hanno richiesto una terapia più a lungo termine le abbiamo potuto svolgere nel post emergenza grazie al sostegno di SAVE THE CHILDREN e alla collaborazione di colleghi dei due Centri della Società Psicoanalitica Italiana (SPI) presenti a Roma (CdPR, CPdR).

Avendo fatto tesoro di quell'esperienza, il 6 marzo 2019 il Centro Alfredo Rampi attivò un numero verde che offriva alle vittime che ne avevano bisogno successivi cinque incontri gratuiti di sostegno psicologico via *Skype*, utilizzabili sia dai cittadini che dai soccorritori di

tutto il territorio nazionale.

Tutto ciò ha aumentato molto il mio impegno e non ho avuto tempo di preoccuparmi per la mia salute, neanche per la mia famiglia che ritenevo in sicurezza. Devo ammettere di aver sentito un “senso di sollievo” pensando di non avere più i miei genitori, già deceduti da qualche anno, che avrebbero sicuramente causato in me preoccupazione e angoscia per la loro fragilità fisica e psicologica. Per gestire le mie preoccupazioni, pur non avendolo scelto, mi ritrovai ad aver occupata pienamente la giornata.

Anch’io come tutti provavo molta tristezza per coloro che venivano colpiti dal virus, per i parenti dei morti nelle bare trasportate dai militari, per le comunità chiuse in quarantena. Ero preoccupata per le persone care e anche per quelle sconosciute, per i soccorritori sanitari, i soccorritori della protezione civile, per le Forze dell’Ordine.

La mia principale difesa è stata proprio quella di essere sempre impegnata con i pazienti e per il sostegno psicologico come volontaria. Una difesa consapevole e accettata, l’importante era non soffermarmi su telegiornali e sulle immagini angoscianti che avrebbero fatto vacillare il mio sistema difensivo.

A metà aprile del 2020 arrivò la richiesta di collaborazione da parte del Ministero della Salute e dal Dipartimento di Protezione Civile per la gestione di un numero verde nazionale per il sostegno psicologico alla popolazione.

Vennero attivate dal Dipartimento di Protezione Civile le quattro Associazioni nazionali di psicologi dell’emergenza iscritte nell’albo nazionale del volontariato di protezione civile, per gestire il primo intervento psicologico istituito dal numero verde del Ministero della Salute. L’attivazione, da parte delle Istituzioni dello Stato, di professionisti formati appositamente a sostenere le situazioni di emergenza era d’obbligo, perché il soccorso psicologico nelle emergenze richiede una formazione specifica: la conoscenza degli scenari emergenziali, l’acquisizione di una comunicazione condivisa con tutte le forze in campo, la conoscenza di tecniche specifiche per affrontare le emozioni negative estreme che si attivano nelle persone coinvolte da un evento critico, una preparazione teorica ed esercitativa complessa.

Noi del Centro Rampi ci siamo trovati a gestire in un primo momento due numeri verdi, di proporzioni ovviamente molto diverse, ma

dopo un paio di settimane abbiamo ritenuto opportuno chiudere il numero verde del Centro Rampi, continuando solo i colloqui intrapresi da remoto, e proseguire il nostro impegno nell'attività al numero verde del Ministero della Salute. La gestione di centinaia di telefonate al giorno è stata molto faticosa dovendo assolvere in venti minuti di telefonata a diverse incombenze: accoglienza, *triage*, sostegno immediato, valutazione del passaggio della richiesta ai colleghi delle società scientifiche di psicoterapia per un sostegno più continuativo via *Skype*.

Viene da chiedersi come sia possibile in venti minuti capire, accogliere, condividere e sostenere cercando di dare un immediato significato al vissuto emotivo dell'utente, cercare di attivare le sue risorse interne e se necessario fare i dovuti passaggi con altri colleghi o servizi. Come si fa ogni venti, trenta minuti, per ore, ad ascoltare e a sostenere utenti con atteggiamenti, richieste, disagi completamente differenti? Sicuramente è ben diverso dal prendere appuntamento con calma, con i propri tempi, distanziati nella settimana come siamo abituati nei nostri studi di psicoterapia!

Per più di quaranta anni svolgo attività clinica nel mio studio e attività di protezione civile compreso il soccorso psicologico in emergenza. Due modi di essere, due formazioni specifiche diverse, ma per me tanto complementari, perché l'una ha arricchito l'altra. Una con modelli e strumenti diversi dall'altra ma con una base comune: riferimenti teorici uguali (teoria psicoanalitica) e un buon setting interno. Io e il mio collega Daniele Biondo abbiamo ideato e sperimentato in tanti anni di lavoro condiviso un nostro approccio metodologico di intervento: il Modello Psicodinamico Multiplo per le Emergenze (Di Iorio, Biondo 2009, 2011).

Negli ultimi tempi mi occupo principalmente di formazione in psicologia delle emergenze, supervisione, organizzazione degli interventi sul campo.

Anche in questa emergenza, infatti, ho svolto una supervisione continua sulla *chat* degli psicologi dell'Associazione per la gestione del numero verde e incontri quindicinali di supervisione dell'intero gruppo, con il collega Biondo. I colleghi impegnati al numero verde erano tutti specializzati in psicologia delle emergenze ed essendo un gruppo in cui la maggior parte dei componenti aveva già lavorato insieme, hanno potuto sostenersi a vicenda. Durante il servizio io e il

mio collega Biondo eravamo sempre raggiungibili per dare ai colleghi volontari attivi in quel momento il nostro sostegno in situazioni particolari o in situazioni difficili da affrontare. Il collega impegnato al telefono aveva sempre a disposizione la *chat* a cui far riferimento per avere il sostegno del gruppo dei colleghi della nostra associazione. A volte anche era necessario attivare un aiuto pratico, quando il collega stava al telefono con un utente del servizio che minacciava il suicidio: per esempio in questi casi si affiancava all'operatore al telefono un collega che chiamasse la Polizia di Stato o i Carabinieri per farli intervenire tempestivamente.

Noi psicologi delle emergenze abbiamo velocemente attivato gli strumenti e le tecniche più adeguate per fronteggiare la specifica tipologia di emergenza che stavamo vivendo: *chat* per il sostegno grup-
pale e *defusing* settimanale per il gruppo di operatori. Il mio ruolo prevedeva anche la partecipazione a frequenti riunioni nella settimana con i presidenti delle quattro associazioni nazionali di psicologi dell'emergenza coinvolte e con i colleghi del Ministero della Salute. In quei mesi sono dimagrita molto e negli ultimi giorni il suono di *Skype* o di *Zoom* mi provocava una stretta al petto e un forte senso di nausea. Forse avevo raggiunto un livello alto di rischio di *burn-out*! Una condizione di sovra-affaticamento psichico più che fisico che mi ha fatto comprendere ancora di più quanto stress avevo accumulato e mi ha fatto meglio comprendere quello dei colleghi sanitari (medici, psicologi, infermieri) impegnati direttamente con le vittime e senza dimenticare i portantini e il personale di pulizia negli ospedali. Ho avuto modo di seguire via telefono una signora che svolgeva le pulizie nel reparto COVID-19 in un ospedale romano, che mi sembra possa esemplificare il tipo di interventi realizzati in quel periodo.

La signora ci aveva contattato sul nostro numero verde e la collega aveva ritenuto opportuno proporle degli incontri via Skype, ma lei preferì farli al telefono. Si era messa in malattia perché non riusciva più ad andare a lavorare, era presa da un'angoscia indescrivibile nel passare fra i letti dei casi intubati e il terrore nello stare in contatto con loro era incontrollabile per paura di contagiarsi. Piangeva e si disperava tutto il giorno. Non è stato facile, ma riflettendoci insieme la signora durante gli incontri ha potuto ricontattare l'angoscia

provata nel vedere il proprio padre stare male e morire sul letto in un ospedale. Era successo anni prima, ma quella visione dei degenti l'ha riportata a quel dolore e all'impotenza di non aver potuto aiutare suo padre.

Seppur con pochi incontri di sostegno psicologico, la signora è riuscita a trovare il coraggio di parlare con il suo capo, di cui aveva molto timore e farsi passare alle pulizie dei laboratori ospedalieri. E riuscita così a ritornare al lavoro non rischiando più il licenziamento (lavorava in una cooperativa di pulizie).

Il breve percorso di sostegno psicologico le ha permesso di gestire la difficoltà del momento, e poi, grazie alle libere associazioni, di realizzare un contatto, per quanto fugace, con le angosce del proprio passato, che le hanno permesso di programmare il proprio futuro.

I colloqui di sostegno attraverso il filo del telefono, come un cordone ombelicale che unisce due orecchie, permette l'ascolto della voce, che con le sue tonalità diventa la protagonista, lo strumento elettivo per percepire le emozioni, le pause, le risate, il pianto. Senza conoscere il viso, senza altra comunicazione non verbale. Ma forse questo può aver agevolato, in una signora semplice e disperata, come nel caso descritto, l'abbassamento delle difese psicologiche e il legarsi per un tempo breve ma intenso alla voce e alle parole di un'altra persona.

Voce e parole per accogliere, creare legame, sostenere, trovare significati, soluzioni funzionali al contesto, separarsi.

B. IL CONFLITTO BELLICO IN UCRAINA

Agli amici che gli consigliavano di trasferirsi in un’abitazione sicura, dotata di una cantina in cui potersi riparare nel caso di bombardamenti aerei, lui rispondeva che le macerie della sua casa erano più che sicure: non avrebbe mai abbandonato il suo letto per non sentirsi straniero. L’esilio comincia quando si abbandona il proprio letto e le piccole cose...

(Khaled Khalifa 2019, p. 9)

Avevamo forse iniziato a respirare un pò di fiducia nella ripresa dall’epidemia quando la Russia invade l’Ucraina e avvia il conflitto bellico: era il 24 febbraio 2022.

Perché questo conflitto ci ha colpito particolarmente?

Perché sentito molto vicino e allarmante per la nostra sicurezza, perché avrebbe portato danni di approvvigionamento o per l’arrivo di tanti rifugiati in Italia? Forse per tutti questi motivi e anche per altri che non saprei descrivere.

Certo è che di conflitti bellici simmetrici o asimmetrici, genocidi, persecuzioni, stragi etniche ce ne sono diversi nel mondo; di rifugiati di diverse etnie ne arrivano a flotte in Italia, eppure i rifugiati ucraini hanno suscitato un’organizzazione dell’accoglienza particolarmente intensa e partecipata. Così all’improvviso all’emergenza sanitaria non ancora risolta (visto le gravi conseguenze sulla salute della popolazione italiana e sulla sua organizzazione sanitaria), si è aggiunta quella da conflitto bellico.

Il Centro Alfredo Rampi aveva riattivato il numero verde per il sostegno psicologico alle persone con disagi da *long COVID-19* all’interno del progetto “Insieme”, ma con l’arrivo dei primi rifugiati ucraini in Italia ha percepito l’urgenza di rivolgere tale servizio in particolare modo al soccorso psicologico alle famiglie profughe provenienti dall’Ucraina.

Ho organizzato, insieme ai colleghi del Centro Rampi, in pochi giorni un Centro di Assistenza Emergenza Ucraina (C.A.E.U.) nel quartiere Prenestino a Roma.

Il C.A.E.U. ha offerto e offre ancora oggi che ne scrivo un’assistenza psicologica, materiale e logistica ai profughi dall’Ucraina. In particolare, a mamme, bambini e alle famiglie ucraine già residenti in

Italia che si son fatte carico dell'accoglienza dei connazionali.

All'inizio ci sono state poche richieste provenienti sia dalle famiglie che dalle comunità o dalle associazioni ospitanti che si ponevano come raccordo fra il rifugiato e lo psicologo delle emergenze.

Furono tante le difficoltà per avvicinarci ai rifugiati ucraini, perché essendo dovuti scappare a causa della guerra e non per situazioni di povertà, in un primo momento avevano la "certezza" che presto sarebbero ritornati in patria, la convinzione o forse la speranza che la guerra non sarebbe durata a lungo e presto avrebbero riabbracciato il resto della famiglia, mariti, padri, figli, rimasti in patria a combattere.

Nell'immediato, come in ogni emergenza, i rifugiati avevano problemi di risoluzione dei bisogni primari, rifugio e cibo. Ma anche dopo aver trovato una sistemazione per quanto provvisoria è sempre stato difficile per loro trovare la forza per avvicinarsi al loro dolore più profondo, connesso alla condizione di profughi. *Certi dolori esigono il silenzio, del dolore puoi parlare solo quando questo ti autorizza* (Ranno 2022, pp. 293, 289).

Abbiamo compreso che sarebbe stato inutile in questa fase aspettare la richiesta di sostegno di persone che non si riconoscevano nello statuto di profughi, ma che saremmo dovuti andare noi verso di loro, per stare con loro e aprire un dialogo. E così ci siamo recati presso la Basilica di Santa Sofia di Roma, chiesa cattolica di rito bizantino della comunità ucraina che è diventato il principale punto di accoglienza per i rifugiati connazionali, dove abbiamo preso contatto con le psicologhe che già operavano per fornire sostegno e soccorso psicologico ai profughi del loro Paese. Da questo incontro è nata una collaborazione con l'Esarcato della chiesa ucraina in Italia che ha portato il Centro Rampi a trasformare il progetto Insieme nel progetto "Insieme-Pa3om". Aggiungere al nome del progetto il termine ucraino della parola "insieme" è stato un modo per avviare il lavoro condiviso fra la nostra associazione e la rete che si è formata per realizzare tale nuovo progetto, composta dai due Centri Romani di Psicoanalisi della SPI, dall'Esarcato e dalle psicologhe ucraine.

C. IL LAVORO DI RETE NEL PROGETTO *INSIEME-PA3OM*

Attraverso l'Esarcato abbiamo conosciuto la collega ucraina coordinatrice di tutte le psicologhe ucraine presenti nell'intero territorio del nostro Paese (circa un centinaio). Si è creata così una collaborazione sempre più stretta con l'Esarcato cattolico della Chiesa Ucraina, con l'associazione Mondo (associazione delle psicologhe ucraine), con l'Alto commissariato dell'ONU per i rifugiati (UNHCR) e con la Società Psicoanalitica Italiana (SPI). Tale collaborazione è sfociata in un protocollo d'intesa che ha impegnato i diversi soggetti, individuando le specifiche competenze e i relativi compiti di ognuno, per realizzare un intervento condiviso con i profughi ucraini: L'UNHCR ha messo a disposizione mediatori culturali e linguistici, la Società Psicoanalitica Italiana ha attivato i propri terapeuti per eventuali trattamenti, gli psicologi dell'emergenza del Centro Rampi gestivano il numero verde per dare un primo soccorso psicologico e poi eventualmente avviare trattamenti brevi, L'Esarcato ha offerto altre sedi, oltre a quella già messa in campo dal Centro Rampi, dove incontrare i profughi: due a Roma e una a Milano. È nato così un progetto pilota interistituzionale che ha permesso la sperimentazione di un modello di intervento multiplo a favore di una comunità ucraina particolarmente numerosa. La collaborazione fra i rappresentanti di diversi Enti si è svolta armoniosamente, con una condivisione degli obiettivi e della metodologia d'intervento, nel pieno rispetto della cultura, della formazione e dei ruoli di ogni istituzione. Preziosa è stata in particolare la collaborazione nell'intervento psicologico con le mediatrici. Il progetto proseguirà fino al ritorno dei rifugiati nel loro Paese, con l'augurio che avvenga in tempi brevi.

D. DUE EMERGENZE DI MASSA

Nella pandemia il virus ha colpito direttamente migliaia di persone, inciso sul legame fra le persone e in alcuni casi anche sul legame paziente-terapeuta, paziente-medico.

La guerra ha provocato in migliaia di persone forti difficoltà e gravi sofferenza per il distacco dal proprio Paese e dai propri cari, per

perdite e lutti.

Due emergenze di massa che per quanto diverse tra loro hanno entrambe attaccato i legami umani e la fiducia reciproca fra gli individui di diverse nazionalità. Dopo entrambe ci siamo sentiti tutti più slegati con gli altri e più minacciati.

Le emergenze hanno il potere di colpire la sicurezza personale e di comunità rendendoci tutti più vulnerabili. L'emergenza ha sempre dietro di sé il fantasma/ realtà di un nemico: un nano-microbo, il terrorista, il soldato del paese aggressore, l'agente nocivo ambientale.

Quello che differenzia le emergenze oltre alla vastità dei danni ambientali sono le difficoltà di elaborazione delle stesse da parte delle vittime. La natura dell'aggressore cambia i vissuti delle vittime e di conseguenza le modalità di soccorso ma ancor più i tempi di elaborazione del vissuto da parte delle vittime. La capacità di elaborazione dipende non solo dalle differenze individuali ma anche dalla natura dell'aggressore: la natura o l'uomo? L'aggressione di un proprio simile è più difficile da accettare, capire ed elaborare.

La variante che ha reso l'emergenza pandemica più difficile da accettare, per esempio, è che il virus non ha permesso l'aiuto reciproco fra le persone ma al contrario le ha allontanate. In molti casi addirittura "l'altro" veniva vissuto come fonte di pericolo e di contagio.

Oltre il virus anche il vicino, l'amico o addirittura un familiare veniva vissuto come potenziale "nemico". Nemico senza colpa o un nemico sconsiderato perché non osservante delle regole sanitarie e quindi anche "colpevole" di un eventuale contagio.

L'elaborazione del trauma, in questa epidemia, è stata più facile per coloro che hanno vissuto il virus come evento naturale, al contrario di coloro che lo hanno vissuto come attacco voluto da altri uomini per misteriosi complotti. Ciò perché è più semplice accettare i traumi causati dalle emergenze ambientali (terremoti, uragani, alluvioni) rispetto a quelli prodotti da altri esseri umani (guerre e attacchi terroristici).

Ma in tutte le emergenze bisognerebbe tenere a mente le parole di Papa Francesco:

...che nessuno si salva da solo, che ci si può salvare unicamente insieme. Per questo ho detto che «la tempesta smaschera la nostra vulnerabilità e lascia scoperte quelle false e

superflue sicurezze con cui abbiamo costruito le nostre agende, i nostri progetti, le nostre abitudini e priorità. [...]
(Papa Francesco 2020)

Noi soccorritori mettiamo a disposizione la nostra professionalità e il nostro amore per il prossimo, senza specifiche appartenenze religiose o politiche, ma semplicemente perché guidati dai valori universali della solidarietà e della convivenza civile. Noi psicologi delle emergenze in particolare ci troviamo “a fronteggiare la valanga di dolore delle vittime di un disastro, a volte l’angoscia di intere comunità: il dolore dei superstiti, dei parenti e delle vittime, dei rifugiati, dei migranti, degli abusati e violentati, degli stessi soccorritori” (Di Iorio 2018, pp. 16, 28). Nell’emergenza Ucraina ci siamo occupati anche dei mediatori che a loro volta erano immersi direttamente e indirettamente nel conflitto bellico. Abbiamo svolto una formazione per i mediatori per far loro meglio comprendere il setting terapeutico o di sostegno psicologico che adottavamo, per armonizzarci nell’intervento e svolgere al meglio i colloqui con gli utenti grazie alla loro mediazione. È capitato spesso di svolgere sostegno psicologico anche ai mediatori, i quali, immersi com’erano per proprio conto nella situazione traumatica, inevitabilmente rievocavano i propri vissuti nell’ascoltare i connazionali.

Una mediatrice ucraina era costantemente agganciata alle emittenti ucraine per seguire ogni minimo movimento, notizia, luoghi colpiti e numero delle vittime. Sosteneva uno stress talmente forte da portarla a volte ad immedesimarsi con l’utente che seguivamo insieme, commentando con i gesti le emozioni da lei provate in risposta a quelle riportate dalla vittima. Una volta terminato l’incontro la mediatrice aveva inevitabilmente bisogno di condividere con me la propria rabbia, attivata da quella dell’utente, a volte indirizzata verso le strutture italiane che non soddisfacevano le richieste di quest’ultima piuttosto che in direzione del nemico invasore, un invasore “innominabile”. Dovevo dedicare dopo l’incontro con l’utente un tempo per la mediatrice affinché io potessi metterla in contatto con le sue emozioni negative per aiutarla a prendere la giusta distanza dalle emozioni della vittima.

Il *Modello Psicodinamico Multiplo per le Emergenze* fondato principalmente sulle basi teoriche della psicoanalisi, grazie al fatto che contempla un lavoro psicoterapeutico individuale, protegge lo psicologo in simili casi dal sovraccarico delle tensioni e del dolore delle vittime e gli permette di avvicinarsi alla sofferenza senza restarne eccessivamente scottato. Inoltre, tale modello prevede il contenimento gruppale dell'operatore, quale tecnica di autoprotezione fondamentale (Biondo 2018). Non è difficile a questo punto immaginare la difficoltà dei soccorritori non psicologi che devono “superare una serie di difese, quali il rifiuto del dolore estremo dell'altro, la banalizzazione, la rassicurazione, simmetriche a quelle della vittima inerente soprattutto la diffidenza che qualcuno possa comprendere il suo dolore” (Biondo 2018, p. 30). Di conseguenza mi sembra importante preparare tutti i soccorritori alla gestione delle vittime traumatizzate per aiutarli ad avvicinare in maniera adeguata il loro dolore. La Provincia di Roma e la Regione Lazio si sono dimostrate, fin dagli anni Ottanta, sempre sensibili ad offrire ai volontari di protezione civile esperienze formative mirate, oltre che allo sviluppo delle capacità tecniche e logistiche, anche alla trasmissione di conoscenze e competenze psicologiche e psicosociali. La formazione che abbiamo proposto ai soccorritori volontari in questo tipo di esperienze era mirata ad aumentare la consapevolezza e l'auto-protezione dallo stress traumatico, la capacità di fronteggiare le situazioni critiche, il *burnout*, la capacità di gestire le reazioni delle vittime. Tutto ciò al fine di aumentare la conoscenza dell'intervento psicologico e sanitario in contesti di emergenza e per potenziare le strategie di *coping*, autoprotezione e resilienza a livello personale e gruppale. Ultimamente con la Regione Lazio abbiamo svolto corsi di formazione per i volontari di protezione civile (*Acquisire competenze psicosociali integrate*) e corsi di formazione per il personale dipendente dell'Agenzia di Protezione Civile regionale (*Per lo sviluppo di competenze psicosociali integrate in emergenza*).



SOCIETÀ
PSICOANALITICA
ITALIANA

INSIEME-PA3OM

**PER LA POPOLAZIONE
DEI RIFUGIATI UCRAINI**

IL NOSTRO
PROGETTO

offre supporto
psicologico alle persone
rifugiate dall'Ucraina

**PER ESSERE VICINI IN
TEMPI DI GUERRA**

ASCOLTO

&

SOSTEGNO

**PER ACCEDERE AL SERVIZIO
OCCORRE PRENOTARSI AL**



Numero verde

800.68.50.25

o tramite QR-Code



Lunedì-mercoledì-

venerdì

dalle 9:00 alle 20:00

Collaborano psicologi e
mediatori culturali di madre
lingua ucraina
dell'associazione Mondo-Svit

<http://www.esarcato-apostolico-ucraino.it/it>



Il progetto si svolgerà
progressivamente in sedi che
saranno presenti su tutto il
territorio italiano



Sono già operative le sedi di

ROMA: CHIESA DEI SANTI SERGIO E BACCO

Piazza della Madonna dei Monti 3

Orario 15,00-18,00

Giorni: Giovedì-Domenica

ROMA: CENTRO ALFREDO RAMPI

Viale Irpinia 34-36

Orario: 9,00-13,00

Giorni: Lunedì-sabato

**MILANO: CHIESA DEI SANTI GIACOMO
E GIOVANNI**

Via Giuseppe Meda 50

Giorni: Giovedì 16.00-19.30

Sabato: 10.00-17.30

**GLI INCONTRI SONO
TOTALMENTE GRATUITI**



Fig. 1- Locandina del progetto Insieme-Pa3om in italiano



INSIEME-PA3OM

НАШ ПРОЄКТ

надає психологічну підтримку біженцям з України,

ЩОБ БУТИ БЛИЖЧИМИ У ЧАС ВІЙНИ

СЛУХАННЯ & ПІДТРИМКА

ЩОБ ОТРИМАТИ ДОСТУП ДО ПОСЛУГ НЕОБХІДНО ЗАРЕЄСТРУВАТИСЯ ЗА

Номером гарячої лінії
800.68.50.25
або за QR-кодом

Понеділок-середа-п'ятниця
з 9:00 до 20:00
У співпраці з українськими психологами і культурними посередниками асоціації Mondo-Svit

ПРОЄКТ ПОСТУПОВО РЕАЛІЗОВУВАТИМЕТЬСЯ У МІСЦЯХ, ЯКІ БУДУТЬ ПРЕДСТАВЛЕНІ ПО ВСЬОЇ ТЕРИТОРІЇ ІТАЛІЇ

Вже працюють осідки у

РИМІ: ЦЕРКВА СВЯТИХ СЕРГІЯ І ВАКХА
Piazza della Madonna dei Monti 3
Розклад: 15.00-18.00
Дні: Четвер-неділя

РИМІ: CENTRO ALFREDO RAMPI
Viale Irpinia 34-36
Розклад: 9.00-13.00
Дні: Понеділок-субота

МІЛАНИ: ЦЕРКВА СВЯТИХ ЯКОВА ТА ІВАНА
Via Giuseppe Meda 50
Дні: Четвер 16.00-19.30
Субота: 10.00-17.30

<http://www.esarcato-apostolico-ucraino.it/it>

ПОСЛУГИ ПРОЄКТУ Є ПОВНІСТЮ БЕЗКОШТОВНИМИ



Fig. 2 - Locandina del progetto Insieme-Pa3om in ucraino

Le emergenze fanno parte del nostro vivere e hanno bisogno di lunghi tempi per essere affrontate ed elaborate perché il trauma che scaturisce dagli eventi critici viene trasmesso per alcune generazioni.

Inoltre i conflitti bellici non avranno purtroppo mai fine perché come ha cercato di dimostrare Freud l'aggressività e la distruzione fanno parte dell'essere umano come individuo e come gruppo. Ogni evento critico prima o poi ci coinvolge come individui, come gruppo e comunità, perché l'effetto nocivo si dilaga prima o poi nel mondo. Siamo tutti interdipendenti nella gestione della sicurezza e nella gestione delle emergenze: per esempio, l'immigrazione è un problema che impegna tutte le nazioni.

Negli ultimi tempi le comunicazioni giornalistiche e mediatiche sembrano volerci abituare alla possibilità di una guerra nucleare e questo non sarebbe un problema globale?

Non bisognerebbe assuefarsi a tali informazioni o cedere all'impotenza ma forse spingersi a mettere in atto le nostre conoscenze per prevenire e quando è inevitabile a prepararsi in maniera adeguata alla gestione delle emergenze sia da un punto di vista logistico e informativo che di soccorso sanitario. Forse dovremmo cambiare la filosofia dilagante che superficialmente minimizza tali eventi o tende ad ignorarli pensando di poter fronteggiare tutto volta per volta.

Certo è utopistico pensare che tutti possano collaborare per un futuro comune senza guerre, senza epidemie e senza catastrofi. Negare la realtà certamente ci fa sentire più leggeri finché le emergenze non si verificano. Accettare la realtà è più difficile, però solo con la presa di coscienza e la consapevolezza si possono attivare seri piani di prevenzione, di educazione ai valori civili, di educazione e formazione della popolazione alla gestione logistica ed emotiva delle emergenze, una efficace organizzazione di soccorso psicosociale e psicologico. Finché ci sarà l'ultimo uomo sulla terra il bisogno di condividere con l'"altro" il proprio dolore personale o riflesso non avrà mai fine (Rita Di Iorio 2018, p. 16).

BIBLIOGRAFIA

- BIONDO D. (2018). Stare con il dolore dei soccorritori. In Di Iorio R., Giannini A.M. *Gli sguardi*, FrancoAngeli s.r.l., Milano.
- DI IORIO R. (2018). Introduzione. In DI IORIO R., GIANNINI A.M. *Stare con il dolore in emergenza-soccorritori, vittime e terapeuti*, FrancoAngeli s.r.l., Gli sguardi, Milano.

- DI IORIO R., BIONDO D. (2009b). *Sopravvivere alle emergenze. Gestire i sentimenti negativi legati alle catastrofi ambientali e civili*, Magi, Roma.
- DI IORIO R., BIONDO D. (2011). *Psicosoccorso*, Magi, Roma.
- DI IORIO R., BIONDO D. (2022). *Insieme-RA3OM*, in Rivista online *Conosco, imparo, prevengo. Psicologia dell'emergenza, protezione civile, sicurezza*. Agosto 2022, n.41,
- IMPERATORE P. (2019). *Con tanto affetto ti ammazzerò*, DeA Planeta libri s.r.l. Milano
- KHALIFA K. (2019). *Morire un mestiere difficile*. Giunti Editore S.p.A/Bompiani Firenze.
- MERNISSI F. (1994). *La terrazza proibita. Vita nell'harem*, Giunti Editore S.p.A. Firenze.
- PAPA FRANCESCO (2020). *Enciclica, Le pandemie e altri flagelli della Storia*, 16-12-2020.
- RANNO T. (2022). *Gioia mia*. Mondadori, Libri S.p.A. Milano.

PRIMA PARTE
L'EMERGENZA COVID-19

1. COMPLESSITÀ, TEMPORALITÀ E LUOGHI DEL PANDEMICO. UNA BREVE LETTURA CLINICO-PSICOLOGICA

Emanuele Ferrigno

Sebbene sarebbe probabilmente un errore il credere che, quando parliamo di COVID-19 o di Pandemia parliamo o viviamo tutti (*pan-demos*) la stessa esperienza, è difficile muoversi nel contemporaneo e nella clinica provando ad ignorare completamente o in parte quest'ospite inquietante (Galimberti 2007).

Anche il COVID-19 però, in quanto evento, shock, crisi, urgenza ed emergenza, può essere pensato come un fenomeno che si iscrive, innesta e partecipa ad una metamorfosi più ampia comunque già in corso nella società, nella cultura. Si tratta di una fenomenologia che trascina una complessità sintomatologica più ampia che include la pandemia virale, ma nel quadro dei grandi cambiamenti politico-sociali, ambientali e storici. In questo breve scritto, mi riferirò a tale fenomeno in termini di "Pandemico". Il mondo che l'arrivo della pandemia di COVID-19 trova, è già un mondo in preda ad equilibri estremamente precari, a trasformazioni massive: la crisi ambientale, i mutamenti socioeconomici, i conflitti armati, il terrorismo, la ri-emergenza delle destre estreme in occidente, i processi migratori sempre più massivi e complessi, solo per citare alcuni degli aspetti problematici del contemporaneo.

Considerare la pandemia indipendentemente da questi fenomeni globali è certamente fuorviante, così come lo sarebbe il confrontarla *tout court* alle pandemie dei secoli passati. Fra l'altro, lo spaccato antropologico e culturale dei modi di rispondere alle stesse problematiche socio-sanitarie, in Europa e altrove, mostra quanto in fondo la complessità umana sia sempre in gioco nei modi di concepire, rispondere e trattare la sofferenza. L'elemento antropologico e culturale, nella sua complessità, è quindi un archivio ed una riserva straordinaria a disposizione dell'umano, un aiuto alla traduzione (Martens 2019) che conferisce senso alla scienza e alla tecnica, ma che non si esaurisce in esse.

La crisi sanitaria ha inoltre delle conseguenze sociali, economiche e politiche, che risvegliano dei fantasmi persecutori collettivi non suf-

ficientemente trasformati, mai del tutto simbolizzati dalla Storia. Queste angosce arcaiche, che fanno ritorno in seno all'attuale incertezza generalizzata e al pervasivo sentimento d'impotenza, sono esperite con estrema intensità da molti dei nostri pazienti. Si tratta di vissuti che si accompagnano immediatamente a difese regressive impattando gravemente la costruzione soggettiva, il nostro stare al mondo nei legami, la nostra sensazione di continuità d'esistenza. Continuità e coerenza del sé che si confronta ad un duplice moto affettivo che il contemporaneo elicitava: mentre qualcosa fuori corre e si diffonde senza limiti, dentro, nel dentro del quotidiano e dell'esistenza, "nulla si muove", il tempo è sospeso.

Due temporalità sembrano allora susseguirsi: una temporalità del sospeso del fermo, appunto, ed una temporalità del vorticoso, dell'incontrollabile (fuori). L'impressione soggettiva è che queste due temporalità si succedano (anche nel setting psicoterapeutico), o che si alternino. In realtà agiscono in concomitanza toccando aree diverse dell'esperienza del soggetto, sincronicamente e specularmente. Questo fenomeno, rende naturalmente più complesso il lavoro di comprensione e cura della sofferenza che si manifesta nell'incontro terapeutico, lavoro che finisce spesso per fissarsi nelle semantiche intrusive dell'attualità: pandemia, virus, curva e picco di contagi, tamponi, mascherine, quarantena, zone rosse, distanziamento, *lockdown*, ecc.

Difficile tuttavia, capire di cosa parlino però i nostri pazienti quando il processo terapeutico sembra fissarsi, immobilizzarsi, nella ripetizione di queste semantiche linguistiche relative al COVID-19, quando il pensiero incespica sull'impensabile, sulla tautologia. Ancora più complicato certamente si dimostra l'intravedere il virus psichico, speculare a quello biologico, l'elemento intrusivo (Laplanche 1987), che nel quadro più ampio della pandemia si è innestato e impedisce alla persona di pensare la propria esperienza alla luce del pandemico più ampio. Il residuo soggettivo dell'evento pandemico che si confonde al sintomo, in effetti, altera i piani dell'esperienza, il dentro e il fuori, traducendosi spesso in angoscia, sofferenza, in sintomo di qualcos'altro. Siamo nel solco stesso del concetto di soggettività in ambito clinico, che fa di ogni esperienza e della sofferenza un *unicum* le cui linee di frattura e di forza non sono deducibili a priori, ma nel dopo dell'incontro con l'evento.

Tuttavia, la specificità della fenomenologia pandemica attuale non

si palesa quale dinamica traumatica “classica”. Sospensione, logoramento, sensazione di perdita, in particolare dell’illusione (Winnicott 1971), sembrano oggi caratterizzare l’esperienza del vissuto pandemico ad un anno dal suo esordio, senza un vero o definito “prima e dopo” nei termini a cui la fenomenologia traumatica fa in genere riferimento. Siamo “dentro”, un dentro da cui non si scorge che in modo approssimativo un prima (spesso nell’idealizzazione) e dal quale non si riesce ad intravedere un dopo. Molte delle persone che dall’inizio della pandemia incontro nel quadro della psicoterapia (molte di loro le incontravo già prima) si vivono, in effetti, come dei soggetti “in sospeso», in un’inquietante sospensione. Cosa rimanga in “sospeso” è però da ricercare, da comprendere, da definire.

A. TEMPO IMMOBILE DELLA CATASTROFE E TEMPORALITÀ VORTICOSA DEL PANDEMICO

Se il futuro non può essere immaginato e pensato, in un’illusione di continuità e in un processo proiettivo costruttivo, il tempo si arresta, ed il tempo immobile, sospeso, è il tempo della “catastrofe”. La catastrofe è anche il luogo del non pensiero, o dei pensieri in cerca di qualcuno che possa pensarli (Bion 2001). La catastrofe, inoltre, è anche qualcos’altro: vuol dire “capovolgimento”. Si tratta di un momento specifico nella costruzione della tragedia greca antica, che si palesa in (come scrive Aristotele nella sua Poetica) (Aristotele 2005): *una azione che reca rovina o dolore, come esempio le morti che avvengono sulla scena, le sofferenze, le ferite e cose simili*. Ciononostante, non siamo di fronte alla risoluzione della tragedia, alla catarsi che libera attori e pubblico in un nuovo slancio etico. La catastrofe è il punto parossistico, il climax dell’inibizione, della paura sospesa dalla side-razione di pubblico e personaggi.

La paura, il terrore, concerne tutti (*pandemos*). La paura, però, attacca i legami (Bion 2015), non solo quelli sociali, ma anche quelli cognitivi, isolando le emozioni, impedendo di pensarsi, di raccontarsi, di rientrare nella continuità dell’esperienza di sé che si costruisce anche nel legame con gli altri. Per molte persone, in effetti, il tempo sembra oggi essersi annullato, fermato. Non riescono più a pensare, a fare progetti, ad immaginare.

Eppure, sembra enigmatico, se non paradossale, che “*Pandemos*”, il pandemico, fosse anticamente anche un attributo di altro, l’epiteto di un’Afrodite Pandemica (e di un Eros “fuori controllo”), ad esempio. Un’Afrodite non dedita, in origine e apparentemente, al buon mantenimento dell’organizzazione sociale (Pirenne, Delforge 1988). Questa divinità caotica ha, per una certa tradizione antica, qualcosa di pulsionale, che “trascina vorticosamente” nella sensualità, in un’esperienza dell’eros più “bassa” istintiva, popolare e collettiva. Il pandemico è, in questo senso, imprevedibile, caotico, invasivo, vorticoso e può condurre alla disgregazione, al disastro. L’evento, “il pandemico” (che, come abbiamo già detto, include la pandemia virale, ma che non si riduce ad essa), si palesa all’individuo come elemento ambiguo, non immediatamente traducibile, ma carico di portati angoscienti. Attiva proiezioni catastrofiche, genera distorsioni cognitive, stati emotivi oscillanti (fra la maniacalità e la melanconia), identificazioni contraddittorie o impossibilità delle stesse, perdita di coerenza nella percezione di sé. Un sentimento sempre più invasivo di alienazione che costringe la persona a restringere gli spazi dell’esistenza, alterando la qualità ed il senso dei legami, rimettendo in gioco anche le certezze identitarie.

Infine, è soprattutto i legami sociali che attacca questa paura dell’incertezza che il pandemico inaugura. In effetti, anche se nel *pandemos* tutto il popolo etimologicamente è riunito, tutti sono convocati, non lo sono nello stesso modo, tantomeno lo sono nel legame o nell’appartenenza. Il *socius* si ritrova riunito nel pericolo, nella paura, ma diviso nel tempo e nello spazio, impossibilitato a pensare, ad agire. Tuttavia, la paura è già una prima reazione allo shock, all’urgenza, o più precisamente all’emergenza percepita. Si tratta sicuramente di una prima organizzazione difensiva, una risposta necessaria di fronte ad un cambiamento radicale, che si manifesta anche nella sensazione di un’accelerazione del tempo e nel corrispettivo restringimento dello spazio. Successivamente, alcuni di questi fenomeni difensivi, perdendo il legame con l’evento ed i contesti della loro emergenza, potrebbero organizzarsi in sintomi permanenti e cronicizzarsi in forme psicopatologiche sempre più invasive che possono andare dall’ansia al panico, alle somatizzazioni, fino a forme depressive severe.

Da un recente studio condotto negli Stati Uniti, sorprende fra l'altro l'emersione, in persone che prima non ne avevano mai sofferto, di sintomi di natura chiaramente psicotica poco tempo dopo aver contratto il virus (New York Time 28/12/2020). Quando il cambiamento è pervasivo, ma non pensabile, le sue manifestazioni non possono che essere sintomatiche. Le metamorfosi identitarie peri-traumatiche sono chiaramente all'opera, e già da tempo in ognuno di noi ridefiniscono le appartenenze, le identificazioni, permettendo un certo grado di adattamento a discapito dell'esperienza di coerenza del sé e dell'investimento sui legami, sul mondo esterno. Sarebbe utile, laddove possibile, reperire, recuperare, ricostruire *ex-novo* in alcuni casi, le prime fasi, le prime reazioni alla pandemia e al confinamento, per delineare le traiettorie sintomatologiche che danno ragione delle coordinate attuali dell'organizzazione difensiva del soggetto rispetto alla sua sofferenza. Una giovane paziente diceva recentemente:

Non ricordo più quando tutto questo ha avuto inizio, ma...non riesco più a ripensarmi come prima... non sono più la stessa persona...È strano... è come se avessi perso una persona cara.

D'altro canto, oggi, un altro rischio connaturato alle conseguenze della pandemia è proprio quello dell'idealizzazione in eccesso del "prima", atteggiamento che prepara la strada ai nuovi paesaggi melancolici del presente.

B. POTER PENSARE ANCORA I LUOGHI E LE TEMPORALITÀ DEL LEGAME E DELLA SOFFERENZA

La memoria, individuale e collettiva, è colpita da questa frattura pandemica in corso d'opera. Fra "prima e dopo" si apre uno iato identitario, fantasmatico, ma anche reale, dato dai limiti che le "restrizioni" alle libertà individuali comportano. Questa frattura non del tutto definita, questa linea non ancora tracciata, agisce già sulle memorie individuali e collettive, inscrivendosi anche come nuova etica. Non è così scontato, infatti, investire psichicamente ed affettivamente

oggi i “luoghi” abbandonati (geografici e biografici) che iniziano purtroppo ad eclissarsi nelle memorie individuali.

La dimensione auto-conservativa nel soggetto e nel sociale richiede, infatti, un ritiro, una rinuncia, un’inibizione dei modi attraverso cui ci costruiamo, trasformiamo e possiamo fare esperienza del mondo. Il fatto che i principali canali dell’umano (prossimità, contatto, mimica, gestualità, ecc.) siano stati intaccati, limitati e “denaturati” dalle attuali necessità preventive dà conto di quanto questo evento globale colpisca i presupposti stessi del culturale e dell’antropologico. La distanza sociale, le mascherine, il gel idroalcolico antisettico come oggetto onnipresente, l’isolamento, i limiti di movimento, le nuove frontiere, la sostituzione massiva del virtuale al “reale”, i linguaggi e le semantiche pandemiche e di “guerra”, ecc., ci confrontano ad un umano nuovo. I volti sono sfigurati, anche se il contatto non può che realizzarsi in modo visivo, senza altri supporti sensoriali. La vista rimane anche uno dei pochi “organi” di contatto nella dislocazione dei legami nell’universo virtuale. Il corpo, come oggetto ingombrante, fobico e ipocondriaco, viene relegato in uno spazio chiuso, limitato, dove la passività e l’attesa dilatano la sua percezione del tempo, l’esperienza che può fare dello spazio. La temporalità a cui ci riferiamo rimane tuttavia accelerata dal fatto di dover condensare i diversi “luoghi” dell’esistenza, spazi che contengono legami e significati diversi (oltre che parti identitarie del sé).

L’attività lavorativa o scolastica, ad esempio, e l’esperienza familiare concentrate in un unico spazio, hanno alterato i patti narcisistici impliciti fra soggetti a discapito in particolare dei più piccoli. Un impoverimento dell’esperienza senso-motoria, simbolica e sociale rappresenta un supporto insufficiente ai fini di una differenziazione identitario-narcisistica adeguata. La deprivazione sensoriale e le restrizioni sociali rappresentano già un pericolo inquietante per i più giovani. Il legame umano si determina anche in questo scambio asimmetrico tra due psiche (fra le generazioni), all’interno di diversi sistemi (universo culturale, associativo, politico, ecc.), nel contatto (dal sensoriale al simbolico) e nel movimento, nell’immanenza e nella presenza del corpo, dei corpi. Difficoltà o sofferenze del contatto si sono già palesate nell’agitazione psicomotoria di molti bambini (con i rischi che potrebbero rappresentare le errate diagnosi d’iperattività e/o

disturbo dell'attenzione, ad esempio). Altri sintomi ricorrenti sembrano essere quelli relativi al ritiro sociale e alle stereotipie, il ripiego depressivo, l'impulsività e non ultima la violenza. Il movimento, che nell'esperienza umana ha una funzione psichica fondativa, è determinante nella percezione di sé e nella nostra costruzione, e non solo in termini corporei. Suppongo che la restrizione dell'esperienza e degli spazi (il virtuale è un allargamento *sui generis* che implica il corpo in un modo molto diverso), la prossimità forzata ed esclusiva, l'assenza di prospettive più ampie sul futuro, l'isolamento per le persone più fragili, rappresentino alcune delle ragioni che spiegano in parte l'aumento dei casi di violenza intra-familiare.

Altri sintomi di questa amputazione prolungata dei legami potrebbero essere quelli relativi alla distruttività che nel virtuale si esprime nei moderni fenomeni della cyber-violenza, o ancora nel consumo e nelle diverse tipologie di dipendenza da acquisti, pornografia, gioco ed altre forme di compensazioni maniacali di fronte all'angoscia dell'incerto.

C. LA CLINICA COME TEMPO STORICO E SPAZIO DI RESISTENZA²

Lo stravolgimento dei piani e delle dinamiche psichiche si manifesta evidentemente anche nell'*hic et nunc* del transfert, nello spazio e nel tempo della clinica. Il quadro psicoterapeutico è alterato da una serie di riaggiustamenti "sanitario-preventivi" che generano degli effetti concreti in seduta: la preoccupazione (a volte la diffidenza), la distanza, l'irruzione del tema pandemico nei contenuti e nel linguaggio, la maschera come frontiera, il gel idroalcolico e gli odori asettici (come memorie sensoriali), i movimenti contenuti, solo per citare quelli più evidenti. Il cambiamento è ancora più radicale quando implica "la seduta", l'incontro, a distanza, mediata o meno da uno schermo. Come terapeuti siamo anche noi certamente toccati dalla

² Fu da F. Davoine, psicanalista francese, che sentii parlare per la prima volta, in un'ottica clinica, dell'incontro terapeutico come spazio di «resistenza» contro l'oblio, la morte, la perversione che può accanirsi contro chi soffre, contro la follia.

pandemia e dal pandemico, e costretti a riorganizzazioni costanti, e non solo sul piano del quadro terapeutico, del setting. Mi ritrovo molto nella metafora utilizzata da Stefano Bolognini che si riferisce al setting come “lavoro in una tenda da campo” (Società Psicanalitica Italiana 2021), ed è per questa stessa ragione che i principi della psicologia delle emergenze mi sembrano quanto mai appropriati al clima e alla fenomenologia pandemica in questione. Siamo tutti “dentro” l’evento, in modo diverso, ma tutti implicati (*pandemos*).

Siamo quindi anche noi stessi, come terapeuti, presi nella morsa delle preoccupazioni, ed abbiamo una vita dentro e fuori dall’identità terapeutica che gioca un ruolo centrale nel controtransfert con l’altro, con il paziente. Il pandemico, in effetti, inaugura un’altra prossimità, una simmetria diversa fra paziente e terapeuta, ed una complicità nuova. Se “il trauma parla al trauma” (Gaudillière 2020), siamo in realtà anche noi stessi, come clinici, ad essere sostenuti dai nostri pazienti. Siamo supportati nel dare un senso ed una continuità alla nostra identità terapeutica, alla nostra esperienza come umani, in un “mutuo sostegno” (con prerogative, etiche e senso differenti), che l’etimo della parola *thérapon* ci ricorda. Solo allora lo spazio psicoterapeutico diviene anche un luogo di dialogo sul mondo, e non solo sulla sofferenza che questi veicola.

La terapeutica è anche un modo di storicizzare il legame e gli accadimenti, d’inscriverli in un tempo preciso fuori dalla pulsionalità vorticoso del pandemico e della sospensione imposta della catastrofe. L’attuale crisi planetaria può e deve rappresentare (e non credo che abbiamo molta scelta in merito), un’occasione importante per assecondare alcuni mutamenti già in essere, necessari o ancora impensati. Lo spazio terapeutico diviene, in questo senso, un luogo di pensiero sul “possibile” e forse anche sull’impossibile che il desiderio onnipotente del diniego della morte rappresenta oggi. Il legame terapeutico, come possibilità di continuità biografica e storica, come spazio di resistenza contro l’oblio, rappresenta anche un rifugio, una base, dalla quale ripartire per ricostruire o costruire gradualmente nuove geografie soggettive fondate sulla memoria. In questo senso, gli spazi terapeutici sono spazi di storicizzazione dell’esperienza, anche in tempi complessi come questi. Lo sfaldamento delle appartenenze, delle identificazioni, apre la strada a difese gruppali massive come le scissioni e le identificazioni proiettive patologiche, le ideazioni paranoidi,

fino al diniego o alla banalizzazione del pericolo quale atteggiamento celatamente suicidario.

Le difese maniacali che tengono testa alle angosce regressive e alle agonie primitive invitano il soggetto e i gruppi a aderire a logiche totali, semplicistiche, onnipotenti. Sono dinamiche inconsce che danno ragione di una nuova “illusione di onnipotenza», una scorciatoia narcisistica che utilizza la forza e le dinamiche massive del gruppo (in particolare le sue difese maniacali) quale terapeutica immediata contro la perdita di senso, lo sfaldamento identitario, la depressione. Complotismi, negazionismi, ed altre ideologie totali, rappresentano certamente un primo tentativo di difesa e risposta all’annichilazione dell’incertezza, al rischio d’estinzione, di cancellazione (agita invece attivamente dalla e nella cosiddetta *cancel culture*).

Questi fenomeni gruppali rappresentano però anche un sintomo evidente del pandemico ed una delle sue manifestazioni più patologiche. Si tratta probabilmente del tentativo di dare una risposta alle sofferenze legate alle neo-precarietà identitarie e narcisistiche del soggetto contemporaneo. Il terapeuta deve saper riconoscere e dialogare con tali organizzazioni sintomatologiche del sociale e del soggettivo attuale, con queste necessità cliniche del contemporaneo. Deve inoltre poter scorgere quello che non potendo essere nominato, non smette di manifestarsi (Davoine, Gaudillière 2006) nel sociale, nel soggettivo e nel terapeutico.

La morte, ad esempio, nelle sue recenti declinazioni, rappresenta uno di questi luoghi dell’impensabile e dell’innominabile. Proprio la morte aleggia, onnipresente e mascherata, nei discorsi mass-mediatici attuali: numeri, statistiche, dati, grafici, ma nessuna immagine, nessun contatto mediato con essa, con le sue reali conseguenze in termini d’esperienza affettiva. La cancellazione momentanea dei rituali legati alla morte, il modo in cui l’universo politico ha deciso di trattare le migliaia (ormai milioni nel mondo) di decessi ed il lutto conseguente, il vissuto della perdita, hanno reso la minaccia molto più presente, più enigmatica e grottesca. Sospendere l’esperienza della perdita e del lutto, della ritualizzazione del passaggio, del dolore (individuale e collettivo), è un invito ad assentarsi momentaneamente dalla catastrofe (Winnicott 1975). Significa istituire la stessa catastrofe quale nuovo principio fondante l’umano post-pandemia. Lasciare in sospeso la paura del crollo (Winnicot 1975) che si è già realizzato, ma che non

abbiamo realizzato, non abbiamo potuto realizzare, significa generare, risvegliare e cronicizzare angosce pervasive che avranno un peso determinante nelle nostre scelte e nel modo di riabitare i legami ed il mondo.

Il terapeuta dovrà essere in grado di decifrare, rileggere e ripensare questa paura del crollo, che si palesa spesso in seduta in altri luoghi dell'esperienza soggettiva, lontani e spesso antecedenti all'apparizione del COVID-19. In questo senso, la funzione di schermo che la pandemia può incarnare fra il soggetto e la sua sofferenza oggi, rende più difficile clinicamente lo spostarsi oltre i luoghi del presente pandemico. Rende ancora più complicato oltrepassare i paesaggi pre-melancolici che iniziano ad emergere. Questo stallo, quale fissazione o semantica totalizzante nei confronti del pensiero in seduta, impedisce di aiutare la persona a venire fuori dalla confusione che il pandemico stesso genera ed incarna. Senza però cedere alla banalizzazione o al diniego degli effetti e delle conseguenze della pandemia, il malessere della persona va ricercato nel suo mondo e nel suo modo di pensare, definire e vivere il disagio e la sofferenza.

La pandemia, ed ancor più il pandemico, non sono coordinate oggettive e generalizzabili a partire dalle quali possiamo fondare una teoria della tecnica e dell'intervento clinico psicologico. Sono i luoghi dell'esperienza dell'altro che bisognerà ridisegnare, mappare nuovamente. Si tratta di spazi del racconto, della sofferenza e soprattutto del desiderio sospeso. Il rischio di non vedere clinicamente e soggettivamente altro che le conseguenze del COVID-19 in seduta è già un sintomo cronico della pandemia, e più precisamente di tutto ciò che il pandemico, nella sua complessità, trascina con sé. Bisognerà forse ricordare e ripensare il prima e il dopo "nei luoghi" che il pandemico ha già contaminato e svuotato. Ed il tempo del terapeutico, in questo senso, è evidentemente anche, e forse soprattutto, il tempo del "fuori" setting, dei luoghi da riabitare.

A maggior ragione oggi, dove lo spazio psicoterapeutico rischia di strutturarsi e costituirsi quale luogo e tempo d'alienazione supplementare nei confronti di un mondo percepito come distante e pericoloso, un inferno da non pensare. Mi sembra allora quanto mai importante ricordare oggi, con Italo Calvino, che in fondo:

L'inferno dei viventi non è qualcosa che sarà n'è uno, è

quello che è già qui, l'inferno che abitiamo tutti i giorni, che formiamo stando insieme. Due modi ci sono per non soffrirne. Il primo riesce facile a molti: accettare l'inferno e diventarne parte fino al punto di non vederlo più. Il secondo è rischioso ed esige attenzione e apprendimento continui: cercare e saper riconoscere chi e cosa, in mezzo all'inferno, non è inferno, e farlo durare, e dargli spazio. (Calvino 2011, p. 160).

BIBLIOGRAFIA

- ARISTOTELE (2005). *Poetica*. Ed. Bompiani, Milano
- BELLUCK, P. (2020). Small number of COVID-19 patients develop severe psychotic symptoms. In *The New York Times*. Disponibile al sito: <https://www.nytimes.com/2020/12/28/health/COVID-19-psychosis-mental.html>.
- BION W. R. (2001). *Réflexion faite*. Presses Universitaires de France, Paris.
- BION W.R. (2015), “Attaques contre la liaison” in Michèle Emmanuelli (2015), *La pensée. Approche psychanalytique*. Collection “Monographies et débats de psychanalyse, Presses Universitaires de France, », 160-179.
- BOLLORINO F. (2021) Stefano Bolognini: La Psicoanalisi Al Tempo Del Coronavirus. In *Psychiatry on line Italia*. Disponibile al sito: <http://www.psychiatryonline.it/node/8539>
- CALVINO I. (2011). *Le città invisibili*. Ed. Oscar Mondadori , Milano.
- DAVOINE F., GAUDILLIÈRE J.M. (2006), *Histoire et trauma. La folie des guerres*. Ed. Stock, Paris
- GALIMBERTI U. (2007), *L'ospite inquietante. Il nichilismo e i giovani*. Ed. Feltrinelli, Milano.
- GAUDILLIÈRE J.M. (2020). *Leçons de la folie. Séminaire 6*. Ed. Hermann, Paris.
- LAPLANCHE J. (1987). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*. PUF, Paris.
- MARTENS F., in LUCHETTI A. (2019). A cura di Laplanche, J. (2007). *Sexuale. La sessualità allargata nel senso freudiano*. Ed. Mimesis, Sesto San Giovanni (MI).

WINNICOTT D.W. (1971). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Gallimard, Paris.

PIRENNE-DELFORGE V. (1988). Épithètes cultuelles et interprétation philosophique. À propos d'Aphrodite Ourania Et Pandemos à Athènes. In: *L'antiquité classique* Tome 57, pp. 142-157.

WINNICOTT D.W. (1975). *La crainte de l'effondrement*. Nouvelle Revue de Psychanalyse, pp. 10, 35.

2. BLACK TO BLACK: DI FRONTE AL COVID-19, L'INCONTRO FRA UNO PSICOLOGO CLINICO E UN'ÉQUIPE DI TERAPIA INTENSIVA³

Pascal Lapeyre

Non molto tempo fa, in verità, mi sono reso conto che il “trauma psicologico” è stato il filo conduttore della mia carriera negli ultimi vent'anni di lavoro presso l'ospedale universitario CHU St-Pierre, a Bruxelles. Ho lavorato in psichiatria con pazienti psicotici, con diadi madre-bambino in difficoltà nella prima unità di neonatologia di Bruxelles, ho partecipato all'apertura di una consultazione dedicata alla sofferenza sul lavoro e alla sindrome del *burn-out* (dove è presente una componente traumatica: quella di una *frattura per erosione*, di una *prova identitaria*). Infine, ho lavorato al pronto soccorso e, dalla sua apertura nel 2017, al centro per presa in carico e la cura delle violenze di natura sessuale, dove donne, bambini e uomini che hanno subito violenza sessuale vengono accolti 24 ore al giorno, 7 giorni su 7. Da tutte queste esperienze ho tratto una convinzione piuttosto elementare, ma che guida il mio approccio clinico a queste problematiche: “*è la relazione che guarisce; è nel legame e attraverso il legame che guariamo le ferite traumatiche*”. Lo psicoanalista Dominique Cupa (2007) ci ricorda che “*l'umano disumanizzato cerca la sua umanità nell'umano*”.

A metà marzo del 2020, all'inizio della crisi sanitaria dovuta alla pandemia, sono stato nominato psicologo di riferimento nel reparto di terapia intensiva COVID-19 della nostra istituzione ospedaliera, a supporto dell'équipe infermieristica, delle famiglie e dei pazienti ricoverati. Di fronte all'ampiezza del compito, sono stato rapidamente raggiunto da altri miei colleghi psicologi, che si sono associati nella gestione di questa clinica di prima linea. All'apice della crisi eravamo in quattro psicologi (con il supporto occasionale dell'équipe di psichiatria infantile e del pronto soccorso psichiatrico). L'unità di terapia intensiva dell'ospedale CHU St-Pierre ha ricevuto un gran numero di pazienti durante le diverse ondate della crisi pandemica, funzionando spesso a pieno regime (fino a 30 letti occupati), su due piani principali

³ Traduzione a cura di Dott. Emanuele Ferrigno.

della struttura, uno dei quali è stato creato *ex novo* a metà marzo per far fronte al temuto afflusso e all'aumento del numero di pazienti ricoverati. In quelle unità abbiamo incontrato, come clinici, la sofferenza traumatica grave, estrema. Inoltre, la particolarità del nostro lavoro in quel momento era che *le ondate pandemiche si stavano abbattendo* (e i loro effetti traumatici si stavano producendo) *proprio sotto i nostri occhi*. Quindi che anche noi, come psicologi, siamo stati travolti da queste ondate, costretti a navigare a vista, nell'instabilità e nell'ansia.

C'è una nozione centrale che vorrei sottolineare a questo punto, quella di *contatto*. Quando accogliamo persone che hanno subito un'esperienza traumatica e sono sconvolte, lacerate, alienate, frammentate, la questione dell'intenzione di contatto, della proposta di contatto, dell'invito al contatto mi sembra cruciale. Ciò porta ovviamente a chiedersi come riusciamo a stabilire un contatto, anche da zone dell'incontro possibile che non sono ancora in contatto con il mondo esterno. Bisognerebbe tentare di partire forse anche da piccole aree di contatto ridotte, attraverso dei micro-contatti, appoggiandosi proprio a ciò che bisogna implicare di sé per raggiungere questo difficile obiettivo.

A. L'ESPERIENZA TRAUMATICA DI MOLTI OPERATORI SANITARI NEL REPARTO DI TERAPIA INTENSIVA COVID-19

L'équipe del reparto di terapia intensiva, costituita principalmente da infermieri, ha purtroppo ed ovviamente visto un gran numero di pazienti morire. La prima ondata è stata uno *shock* per la sua natura improvvisa e inaspettata, ma l'adrenalina era presente, così come la speranza in un risultato rapido e della fine della pandemia. La seconda ondata, nell'autunno del 2020, è stata particolarmente dolorosa invece perché, per ridurre il rischio di saturazione dei reparti di terapia intensiva, si è moltiplicata l'apertura di unità cosiddette "*middle-care*"⁴

⁴ Questi reparti sono stati quindi "potenziati" per fornire l'assistenza che normalmente viene fornita in terapia intensiva.

all'interno dell'ospedale, dove venivano accolti e preventivamente curati i pazienti *meno a rischio*. Contrariamente alla prima ondata, i pazienti con prognosi peggiore (la stragrande maggioranza non è sopravvissuta) sono stati “concentrati” nell'ICU-COVID-19⁵. Ci si può immaginare quanto sia stato psicologicamente difficile per i professionisti fornire un'assistenza così complessa e impegnativa senza mai o quasi ottenere il sollievo e la soddisfazione di aver “salvato almeno una vita”. Inoltre, le loro stesse vite erano in pericolo, essendo esposte a un elevato rischio di contaminazione⁶. L'équipe si è trovata talvolta senza tutte le protezioni necessarie (non disponibili o razionate⁷). Queste carenze hanno creato molta insicurezza e rafforzato la sensazione di essere “carne da macello”, “soldatini” buoni solo per essere sacrificati. C'era anche la paura di infettare i propri cari o di vedere i colleghi ammalarsi gravemente.

Anche i riti legati alla morte e al lutto sono stati stravolti. Non c'è stato nessun addio, nessuna stretta di mano fino all'ultimo respiro... Nessuna famiglia allargata si è riunita per l'ultima volta intorno al caro defunto. Nessun rito religioso per la numerosa comunità di pazienti musulmani che tradizionalmente sono accolti nel nostro ospedale. Nessun rimpatrio “a casa” per il defunto che da tempo desiderava essere sepolto lì. Tuttavia, mi torna un ricordo in mente, un corpo senza vita, ancora contaminato, è stato rapidamente messo in un sacco di plastica per cadaveri e messo nella bara rapidamente, il prima possibile. In breve, una morte che non assomigliava affatto alla morte. Una morte senza alcun riguardo per i morti, per così dire, né per i vivi, per chi li assiste e per chi li piange, lasciati drammaticamente soli ad affrontare la loro cruda realtà. Infine, ci sono state le esperienze traumatiche.

Immagini incrociate che si ripresenteranno più volte sotto forma di

⁵ Unités de soins intensifs (unità di cure intensive).

⁶ L'OMS in una delle sue pubblicazioni ha stimato a 115.000 il numero di professionisti della salute deceduti a causa del COVID-19- nel mondo, fra il gennaio 2020 e maggio 2021.

⁷ Così *il team*, privo di una cuffia (usata per coprire i capelli), ne ha tagliata una da uno stock di “stivali” che aveva trovato in ospedale per il trattamento e la gestione del virus Ebola!

flashback o incubi (immagini di soffocamento o di emorragia incontrollata; un'istantanea dell'angoscia di morte catturata negli occhi di un paziente prima della sua intubazione, ecc.). Ma anche “conflitti irrisolvibili”, quelle impasse da “*double-blind*”, paradossali, in cui gli operatori (infermieri, medici o psicologi) si sono trovati intrappolati. In circostanze estreme, diventa impossibile lavorare come abbiamo imparato a fare, come si fa di solito, come si aspira a fare... All'improvviso, lavorare diventa inevitabilmente lavorare male⁸: quando due pazienti sono in una grave crisi medica nello stesso momento, ad esempio, l'infermiere sovraccarico di lavoro deve scegliere quale assistere per primo e rinunciare in quel preciso momento, contro il giuramento di Ippocrate che ha pronunciato, a salvare l'altro (che sopravvive al primo, contro ogni probabilità, dando torto al professionista!). Per proteggersi da queste esperienze e vissuti, alcuni professionisti, allo stremo delle forze, hanno fatto ricorso a meccanismi di salvaguardia arcaici, *disumanizzando difensivamente la relazione con l'altro ed evitando il contatto con pazienti* che, quando erano ancora coscienti, mostravano un grande bisogno emotivo di cure e attenzioni (la solitudine e l'angoscia rappresentavano, infatti, la loro quotidianità). Sento ancora la richiesta di un infermiere a uno dei suoi colleghi al momento dell'*attribuzione* dei pazienti: ... *Oh no, per favore, non uno che parla, datemi piuttosto uno intubato.*

Quando si disumanizza l'assistenza, la cura o il paziente, si disumanizza se stessi! In questo senso, *ci si mette in pericolo e ci si espone a lungo andare ad una ferita narcisistica profonda* (senso di colpa, vergogna, sensazione di perdita di valore o vissuto di profonda incompetenza, ecc.). E poi, a causa dell'*esaurimento fisico e dello stress*, si finisce per ritrovarsi “*fuori di sé (o da sé)*”. La realtà stessa perde allora il suo significato. Un'infermiera ha condiviso con me, un giorno i seguenti pensieri:

Per molto tempo ho resistito perché c'era un pezzo di cielo blu a cui mi aggrappavo... Ora è tutto nero... Non ho più la voglia né la forza. Niente ha più senso....

⁸ Eravamo, ci dicevamo in quei momenti, in un contesto di “medicina di guerra”, di “medicina delle catastrofi”.

A poco a poco, il COVID-19 *invade tutto*, i giorni come le notti (insonni o tormentate da incubi). È lì quindi, la dimensione dell'*effrazione traumatica*. Siamo di fronte alla saturazione, al traboccamento, alla disorganizzazione, al *troppo*: al troppo brutale, al troppo orribile, al troppo doloroso, al troppo *lungo* (in senso temporale e della sopportazione). *Si tratta del non regolabile, del non contenibile, dell'inassimilabile*. Sentimenti di impotenza, paura, solitudine e agonia radicale attaccano e minano le fondamenta somatiche e psichiche della persona, *fino alle fondamenta stesse della nostra umanità*.

B. COME PENSARE IL PROBLEMA DEL “CONTATTO” IN QUESTO CONTESTO COMPLESSO?

Fin dalla prima volta che sono entrato nel reparto di terapia intensiva (attraverso la porta contrassegnata dal logo, con il teschio e le tibie incrociate, che indicava il pericolo di contaminazione!), ho immediatamente capito che le cose sarebbero state complicate. L'attività in quei mesi è stata, in effetti, molto intensa. Regnava, inoltre, una grande tensione. Le infermiere erano per lo più vestite con il loro pesante abbigliamento sanitario protettivo (maschera, occhiali, cuffia, guanti, camice, soprabito, soprascarpe e per ridurre al minimo le aperture si usavano nastro adesivo e punti metallici). Queste stesse persone si sono ritrovate anonimizzate, come se fossero fra loro indifferenziate⁹. Si trattava di una parte dell'*équipe* (i cosiddetti *operatori*) a contatto permanente con i pazienti contaminati, che si spostava senza sosta da una stanza all'altra e vi rimaneva per molte ore.

Gli psicologi, in questo contesto, in parole povere, non erano attesi. Non eravamo lì su loro richiesta. I professionisti del reparto rianimazione e terapia intensiva (come i medici d'urgenza) hanno una cultura particolare credo. Hanno una loro modalità interna di difesa di fronte alle ripetute situazioni di stress che incontrano ogni giorno (che richiedono un'assoluta efficienza tecnica e che pone sulle loro spalle una grande responsabilità, poichè sono in gioco la vita e la morte). Si tratta probabilmente di una difesa a blocchi che privilegia il carapace

⁹ Presto sarebbe stata apposta sul petto di ogni persona un'etichetta con l'indicazione del nome.

individuale e collettivo. In terapia intensiva, dove non mancano i drammi umani, anche in tempi “normali” gli psicologi vengono interpellati raramente (d'altronde, nessuno di loro è assegnato in modo permanente all'unità). Uno degli infermieri del reparto, ad un certo punto, ha condiviso con me un'osservazione:

Sai Pascal, in 30 anni di carriera ho calcolato di aver visto circa 4.000 morti. Ma ho visto solo uno psicologo! Un disastro che mi ha finalmente vaccinato contro la vostra professione!

La nostra presenza e i nostri interventi erano infatti di per sé una *minaccia*, poichè andavano controcorrente rispetto alle difese volte a neutralizzare gli affetti dei professionisti del reparto. *Diteci cosa provate, cosa vi fa male, cosa vi spaventa...* Ma lasciarsi andare ai sentimenti è pericoloso quando ciò che si prova è orribile! La condivisione non è evidente laddove domina la sfiducia. Anche il pensiero è possibile solo se si hanno le parole per rappresentare un'esperienza, un dolore. In fondo, l'équipe non ci conosceva. Avrebbero potuto dubitare del rispetto che avremmo avuto per la riservatezza dei nostri scambi, nonché della nostra indipendenza dalla direzione amministrativa dell'ospedale. Avrebbero potuto legittimamente chiedersi quali fossero le nostre intenzioni e se fossimo stati messi lì solo per farli funzionare a tutti i costi (nei termini dell'efficacia e dell'efficienza manageriale), nelle loro rispettive funzioni. Spettava a noi informarli sul senso e sulla possibile utilità della nostra presenza in quello specifico reparto.

C. QUANDO SI HA A CHE FARE CON PERSONE TRAUMATIZZATE: BISOGNA IMPARARE A CAMMINARE SULLE UOVA¹⁰

Molto velocemente, purtroppo, l'équipe ha iniziato a soffrire (alcuni infermieri scoppiavano a piangere, erano ansiosi e appesanti-

¹⁰ Formulazione di Fernande Amblard durante uno stage di formazione all'Ecole Parisienne de Gestalt, a Parigi nel 2021.

vano, così dicevano, il resto del *team* con la loro negatività). Nel frattempo, intanto, non viene formulata nessuna domanda nei nostri confronti, nessuna richiesta di aiuto psicologico. La nostra riflessione è allora apparsa evidente: come possiamo andare loro incontro, a cercarli, quando questi professionisti non chiedono nulla e sembrano essere così poco accessibili, trincerati dietro le loro difese psicologiche e le loro corazze protettive? Questo approccio dell'andare verso l'altro sofferente, del cerLeopold, può nascondere due insidie: quella del troppo e quella del troppo poco.

Il Troppo avrebbe preso forma nello sconvolgimento delle loro difese, nel forzare il contatto (presentandosi loro, per esempio, in momenti poco opportuni, durante le pause nelle quali stavano finalmente prendendo fiato, da soli o con un collega, davanti a un caffè, ecc.); altro rischio potrebbe essere quello di aprire eccessivamente le dighe della loro angoscia senza riuscire o potere poi richiudere. Conservo ancora il ricordo di un momento di scambio con una parte dell'*équipe*, all'inizio della crisi, quando sono stato credo, sfortunatamente insistente su alcune posizioni nei riguardi dell'*équipe* degli infermieri:

Abbiamo appena fatto il giro dei pazienti, abbiamo parlato delle difficoltà delle famiglie, ma non abbiamo detto una sola parola su di voi... Prendiamoci un momento, se siete d'accordo. Dove siete? Cosa state vivendo?

Ne era scaturito un fiume di rabbia e angoscia difficile da contenere:

Ci stanno mandando a morire! Finché non c'è un morto tra noi, la direzione non farà nulla!

La gente applaude alle finestre ma scappa quando mi vede davanti all'ascensore, come se fossi un appestato!

Posso vedere i miei nipoti solo mentre stanno sul loro balcone, dal piano terra dell'edificio: mia sorella e suo marito preferiscono che io non vada a casa loro per motivi di sicurezza.

“Piango già dal mattino e se non prendessi i farmaci sarebbe impossibile andare avanti! Non sarei in grado di trascinarli fino al lavoro.

Il troppo poco, invece, sarebbe rappresentato dal non riuscire ad

*incontrarli; non riuscire a creare un confine comune tra di noi; essere come un innesto che non prende; lasciarsi “assentare” dagli altri e dalla loro sofferenza; non perseverare abbastanza l’altro, la sua integrità (come lo fa un malato o un bambino prematuro quando si aggrappano in modo risoluto alla vita!). Ricordo l’aneddoto di una collega, che lavorava anche nelle sale di rianimazione della stessa istituzione ospedaliera, e che citava il caso di due psichiatri che si occupavano congiuntamente delle diverse équipes delle sale di rianimazione di COVID-19. Il collega mi ha raccontato che i due psichiatri sono rimasti solo per un minuto o due prima di ripartire, non sapendo cosa dire, cosa aggiungere, immediatamente dopo qualche parola di incoraggiamento: *Tenete duro ragazzi, è fantastico quello che state facendo!**

D. MI È VENUTO IN MENTE CHE C'ERA UNA COSA CHE POTEVAMO ANCORA FARE: ESSERE LÌ

Dal punto di vista della teoria dell'attaccamento, la disponibilità fisica è la prima qualità di un *caregiver*, ancor prima che si ponga la questione della disponibilità psicologica ed emotiva. Con i miei colleghi psicologi abbiamo quindi deciso di organizzare una visita giornaliera al reparto, dal lunedì alla domenica compresa. L'orario che ci è sembrato più favorevole per questa visita è stato quello del passaggio di consegne (7:00, 13:00, 19:00), quando le diverse équipes si alternavano scambiandosi informazioni utili sull'evoluzione clinica di ciascun paziente. Questo è stato il momento in cui è stato possibile incontrare il più grande numero di operatori sanitari, finalmente liberi dalle loro “divise di servizio”. Su una parete dell'ufficio del personale infermieristico ho inoltre deciso di lasciare affisso un avviso con il mio numero di cellulare, indicando che potevo essere contattato e che ero disponibile 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana.

Essere-lì, presenti, presenti all'altra persona. In un certo senso, abitare la relazione prima che esista davvero. C'è una forma di narrazione da rivendicare con convinzione di fronte ai limiti e alla realtà di una relazione, e lo si può fare in anticipo! Essere-lì, significava anche essere in una certa qualità del contatto, una certa qualità della consapevolezza. Abbiamo allora “tirato fuori le antenne”. Ci siamo *mescolati*

e fusi, ci siamo impregnati del contesto e della sua atmosfera. Abbiamo imparato, ad esempio, i nomi di un'équipe molto numerosa; termini tecnici a noi estranei: ossigenazione con membrana extracorporea, decubito ventrale, ecc.! Abbiamo familiarizzato con il funzionamento del reparto, con le dinamiche del team. Essere-li presenti in uno stato di massima apertura e disponibilità ci ha permesso di cogliere rapidamente l'espressione della sofferenza:

Un giorno, un'infermiera sembrava assente, lontana e distratta al momento del passaggio di consegne e la vedo piangere mentre parla con una collega, alla fine del turno. Mi permetto allora di avvicinarmi. La invito a condividere con me ciò che sta accadendo, se vuole. Lei accetta. È ferita dall'applicazione rigorosa e per lei disumana delle "regole di visita" per i malati¹¹. Viene dall'Europa del Sud e "la famiglia" è molto importante per lei, mi dice. Inoltre, sua zia è morta di recente in ospedale a causa del COVID-19 e la sconvolge il pensiero che nessuno fosse al suo fianco in quei momenti.

A partire da quel giorno, ho deciso di rivolgermi a questi professionisti in modo sistematico e diretto durante le visite che con gli altri psicologi realizzavamo nei passaggi di consegna, a fine turno. Preparavo un breve discorso di pochi minuti al massimo, basato su ciò che sapevo della situazione clinica del giorno, di ciò che di "fattuale" avevo appreso nel reparto (il clima non era ovviamente lo stesso a seconda che fossero appena morti tre pazienti o ne fosse stato dimesso uno). Sono partito da quelle che immaginavo essere le loro esperienze, le loro preoccupazioni e i miei sentimenti, se ritenevo opportuno condividerli... Naturalmente, questo significava correre il rischio di sbagliarsi a volte. Ma credo che fosse un modo per far capire loro che "era a loro che mi rivolgevo, volevo smuovere qualcosa dentro di loro, riuscire a raggiungerli, a toccarli nel più profondo". Volevo loro trasmettere anche che era possibile continuare a dire, pensare, agire, con-

¹¹ Una sola visita e un solo visitatore *pre-mortem* e *post-mortem* durante la prima ondata. In seguito, queste regole sarebbero state notevolmente attenuate.

dividere, scambiare, anche se immersi in queste zone di grande sofferenza. Si trattava anche, aprendomi a loro, di lasciarmi vedere, io che ero lì ad osservarli! Un passaggio clinico:

La situazione è tesa e non sembra destinata a migliorare nell'immediato futuro. Cerchiamo di essere chiari: per quanto possiamo essere resistenti (e voi lo siete), non possiamo tenere di fronte ad una pressione così forte per settimane o mesi senza correre il rischio di esaurirci psicologicamente. L'equazione è semplice: per affrontare il negativo, occorre molto positivo, e ancora di più. È una questione di equilibrio. Il supporto umano, il supporto relazionale, è la migliore protezione. So che siete una squadra affiatata e che potete contare l'uno sull'altro... Ma il problema è che siete tutti sulla stessa barca e quindi probabilmente in grande difficoltà! Sono anche sicuro che non condividete con i vostri cari quello che state vivendo qui, non la parte più difficile in ogni caso, per proteggerli. E per questo che noi psicologi siamo qui. Per la mancanza di maschere, non possiamo fare nulla. Per il bisogno di rinforzo nelle stanze dei malati, siamo inutili. D'altra parte, per aiutarvi a proteggervi il più possibile dall'impatto di situazioni difficili, per accompagnare e affrontare il più possibile gli stati di stress e di stanchezza, sappiamo invece cosa stiamo facendo. Lasciate che ci prendiamo cura di voi!.

Credo, in fondo, che ciò su cui abbiamo lavorato fin dalle prime settimane di pandemia sia *la sintonizzazione, sia sensoriale che emotiva con l'équipe*. Cogliere il flusso delle emozioni, rifletterle, lasciarsi influenzare, penetrare dalle atmosfere, è stato un lavoro intenso anche se invisibile. *In un certo senso*, abbiamo accettato di soffrire con loro, di condividere e sopportare gli stessi dolorosi sentimenti di impotenza, gli stessi dubbi e le stesse ansie sul nostro agire. Questo ha indubbiamente rafforzato i processi d'identificazione tra noi e loro, permettendo un relativo decentramento dell'arcaico traumatico (attraverso una funzione di rispecchiamento). Soffrire-con era anche un modo per affermare che eravamo assieme, anche se diversi. Questa è la seconda qualità che ci si aspetta da un *caregiver* in una logica di

“attaccamento”: essere psichicamente ed emotivamente disponibile. Una questione di *veillance*¹² più che di benevolenza (*bienveillance*, in francese), come ricordava lo psicanalista Jean Oury!

E poi siamo stati anche posti nel ruolo di testimoni, attestando e qualificando ciò che stava accadendo in quei giorni. Abbiamo però compreso questa dimensione particolare della presenza solo molto più tardi (un anno dopo!), quando alcune persone si sono autorizzate a darci dei *feedback*:

Sono state le sue parole a convincerci che non eravamo completamente pazzi... Che stavamo reagendo ad una situazione che era di per sé folle!

Tutto sembrava essere piuttosto unilaterale in quel momento, diretto, senza filtri! Ma fu l'inizio di una certa fiducia reciproca, di una mutua disponibilità. Un altro punto che mi appare oggi evidente: prima di iniziare una relazione è necessario entrare in contatto. Ciò richiede un essere-lì energico e attento, cauto nei confronti dei ritmi dell'altro e rispettoso delle sue difese. Richiede anche, da parte dello psicologo, un'apertura all'inedito, all'imprevedibile, dove nulla è scritto o scontato in anticipo.

E. UN'ASPETTATIVA SENZA ASPETTATIVA DELL'ATTESO, CI DICE E. LÉVINAS

L'ostinato e continuo lavoro sul campo che abbiamo svolto sarà ripagato. Una domanda nei nostri confronti, da parte dei professionisti e della direzione del reparto, è infine emersa. Si trattava di prendere in carico le famiglie presenti nell'unità al momento delle visite pre e post-mortem ai familiari malati. Una dimensione del lavoro per la quale gli infermieri e il personale sanitario si impegnava, ma per la quale il tributo emotivo che ne derivava era troppo alto da sopportare. La loro energia, la loro forza, si stava esaurendo con il tempo. Per

¹² Una qualità dell'attenzione, della presenza, una disponibilità «senza attese».

questo siamo stati invitati a farcene carico con loro. Ovviamente abbiamo accettato immediatamente. Volevamo portare con loro e, perché no, “*per loro*”. Ecco una terza qualità di un *caregiver*: avere il desiderio di rispondere al bisogno espresso dall’altro (ed esserne capace!).

Infine, iniziamo quindi a lavorare assieme. Diventiamo colleghi. Ciò ha consentito, evidentemente, un *feedback* più adeguato, al momento del passaggio di consegne fra infermieri, una condivisione ed una collaborazione più precisa:

Penso al bambino di 12 anni che, dopo aver perso il padre, ha perso anche la madre durante la prima ondata di COVID-19. Questo bambino ha mobilitato emotivamente tutta l’*équipe*. Come psicologi, rimanendo in contatto con il bambino, abbiamo continuato a dare notizie del piccolo ai professionisti del reparto e a rassicurarli sul suo futuro (il bambino era stato nel frattempo accolto dallo zio).

Qualcosa inizia finalmente ad intrecciarsi, a prendere forma, nel legame fra noi e l’*équipe*. Il team, in difficoltà, iniziava a rivolgersi e a orientarsi verso di noi. Come quella sera, verso le 21:45, quando ho ricevuto una telefonata. Si trattava di un giovane ragazzo.

Il giovane: Buonasera, il reparto di terapia intensiva mi ha dato il suo numero di telefono. Mio padre, il signor B., è ricoverato in ospedale a causa del COVID-19 e le sue condizioni sono molto gravi. Ci hanno appena spiegato che non c'è alcuna speranza. Non voglio che mio padre muoia da solo come un cane. Vorrei poter mettere una sedia davanti alla porta della sua camera da letto e rimanere lì. Non mi muoverò e indosserò tutte le protezioni che mi verranno richieste....;

Io: La capisco e al suo posto vorrei la stessa cosa... Quello che sto per dirle sarà difficile da accettare, ma le regole in vigore nell'ospedale, in questo momento, sono estremamente rigide per limitare i rischi di contaminazione... Questo è ciò che temo renda impossibile la sua richiesta... Mi dispiace davvero molto... Chiamerò i miei colleghi dell'ospedale per verificare con loro cosa si può fare... La richiamerò il prima possibile...;

Io (ai colleghi del turno notturno dell'unità di terapia intensiva): Il figlio del signor B. mi ha appena chiamato. È stato

difficile, ma gli ho detto che ritenevo impossibile rispondere positivamente alla sua richiesta. Ho chiamato solo per essere assolutamente sicuro. Vi chiedo allora: è inimmaginabile nelle condizioni a cui fa riferimento, mascherato, senza entrare nella stanza del padre, accettare che venga anche solo per un momento in reparto questa sera?

I professionisti del reparto: È rischioso creare un precedente. Come possiamo rifiutare tutti gli altri dopo di lui? E non possiamo, fra l'altro, controllare che non infranga le regole;

Io (ai colleghi del reparto): È vero. Lo richiamerò comunque, gliel'ho promesso;

Io (al figlio del signor B.): Quello che lei mi ha chiesto non è purtroppo possibile per i motivi che le avevo menzionato prima. Però mi ascolti bene: suo padre non sarà solo. L'équipe sarà con lui tutta la notte. Lei invece, dal canto suo, si occuperà di lui, ma in modo diverso. Le propongo di raggiungermi domattina in reparto alle 8:00. Vedremo cosa è accaduto stanotte. È d'accordo?

Credo che il fatto d'aver preso seriamente in considerazione la richiesta di questo giovane uomo, di questo figlio, abbia reso il rifiuto un po' meno disumano.

Un altro passaggio, durante la terza ondata¹³ questa volta. Una telefonata un sabato pomeriggio:

I colleghi del reparto di terapia intensiva: Pascal, abbiamo un signore in reparto che morirà nelle prossime ore e sua figlia di 26 anni è appena stata trasferita da noi ed il suo stato di salute si sta seriamente deteriorando. Non sappiamo se sia a conoscenza delle condizioni di suo padre e non sappiamo cosa dovremmo dirle date le sue di condizioni.

Io: Datemi il numero di uno dei suoi familiari. Li chiamerò per verificare cosa sa o non sa... E chi eventualmente possa essere la persona più adeguata ad informarla dello stato di suo padre, se ancora non ne è a conoscenza.

Ho potuto, immediatamente dopo, parlare con la sorella della

¹³ Da febbraio a marzo 2021.

giovane paziente, che mi ha rassicurato: *Siamo una famiglia molto unita e molto religiosa. Mia sorella sa già di mio padre. Uno di noi andrà a trovarla nella sua stanza¹⁴, dopo la morte di nostro padre, per sostenerla.*

Io (alla sorella): *Abbiamo dei dispositivi elettronici tablet. Chiederò ai colleghi della terapia intensiva di attivarne due, in modo che sua sorella, che ovviamente non potrà lasciare la sua stanza, sia comunque con voi per ciò che concerne vostro padre¹⁵.*

Possiamo parlare di questi casi di esempi di solidarietà in atto? René Roussillon spiega molto bene che esiste una forma di linguaggio dell'atto e una di linguaggio in atto, l'unico che può condurre alla piena convinzione delle proprie azioni. Questa forma di impegno rappresenta ciò che permette agli altri di intuire e comprendere la nostra intenzione? Questa solidarietà in atto rassicura sul fatto che ci sia una coincidenza tra l'intenzione dichiarata e quella reale? Nel nostro caso, come psicologi, l'intenzione è confermata dal fatto andassimo e che rimanessimo nelle stanze dei malati di COVID-19, che fossimo imbrigliati a nostra volta in quei luoghi per parlare con i pazienti le cui condizioni lo permettevano. La nostra solidarietà in atto, tuttavia, consisteva anche nel fatto d'interrogare la direzione medica, in presenza dell'*équipe*, a proposito della negligenza nei confronti delle loro sofferenze¹⁶.

La crescente fiducia costruita assieme in quei giorni, ha portato alcuni professionisti di prima linea a chiederci degli incontri individuali più specifici. A questo scopo avevamo uno "sportello di crisi" fuori dal reparto di terapia intensiva. Gli incontri, naturalmente, non sono stati registrati. Nessuna nota trascritta, nulla trasmesso a nessuno se non su richiesta della persona che è venuta ad incontrarci. Questi colloqui regolari con alcuni operatori della terapia intensiva sono stati preziosi perché ci hanno permesso di vedere attraverso i loro occhi, di comprendere per mezzo delle loro parole, di sperimentare emotivamente la realtà di ciò che stavano vivendo quotidianamente. In questo

¹⁴ Era adesso consentito, le regole si erano nel frattempo ammorbidite.

¹⁵ Fortunatamente, la ragazza è riuscita a cavarcela.

¹⁶ Gli infermieri sono stati, ancora una volta, un esempio di coraggio e professionalità in questo senso.

contesto, sono emerse alcune parole per descrivere queste esperienze, i loro vissuti come *trash*, oppure *estremo*.

A quel punto del lavoro, gli psicologi sono stati costretti a confrontarsi con i propri limiti: con ciò che erano in grado di ascoltare, di metabolizzare, senza esserne danneggiati¹⁷. Questo ha rafforzato ulteriormente la circolarità dei nostri scambi con il personale del reparto di terapia intensiva. Alcuni elementi portati dai professionisti nello spazio individuale potevano essere utilmente ripresi durante le interazioni con il resto dell'*équipe* (anonimamente, con l'accordo della persona che era venuta a depositarli e in sua presenza o meno, secondo le sue preferenze). Ancora un esempio clinico, in questo senso, riguardante *la rabbia* di un infermiere di fronte alla disumanizzazione dell'assistenza medica che osservava tra alcuni dei suoi colleghi:

Molte famiglie sono abbastanza soddisfatte del modo in cui vi occupate dei loro cari. Questo è un bene. Immagino, tuttavia, che non sia sempre facile rimanere umani quando si è allo stremo delle proprie forze o quasi. La sua è una clinica difficile: i pazienti sono sedati, incoscienti per lunghe settimane. Richiede uno sforzo immenso (girare e rigirare questi corpi inerti, ecc...), senza alcuna certezza sul risultato... Bravi quindi! Se diventa difficile per voi rimanere in questo stato di cose, se avete l'impressione di diventare irritabili, cinici o altro, venite a parlarne con noi individualmente... È importante perché da un lato potrebbe danneggiare il paziente, ma penso soprattutto a voi e non vorrei che voi vi danneggiaste come professionisti o come persone!.

Un altro esempio di ciò che mi è stato riportato individualmente:

Un collega infermiere: *Non mi piace e non sono d'accordo con il modo in cui comunichiamo con il paziente quando le sue condizioni si deteriorano e dobbiamo intubarlo. Ci comportiamo come se si trattasse di un semplice atto tecnico, quando potrebbero essere invece i suoi ultimi istanti di coscienza prima di morire. Mi rimprovero di aver banalizzato il problema. Sento che mi*

¹⁷ Grazie ancora a Michel D., a Peter V. D. e a N. S. per avermi ascoltato e sostenuto.

manca il coraggio.

Io: Ma cosa vorresti dire a queste persone che respirano sempre più a fatica e che devono essere letteralmente divorate dall'angoscia? Che stanno per morire!? In psicologia si dice che non bisogna dire tutto, ma che bisogna dire solo le cose vere. Lei ha quindi ragione nel non banalizzare la questione (non si può dire: ... ti addormentiamo solo per farti respirare meglio...!), il che lascia la possibilità, a chi ne è in grado, di misurare la gravità del momento. Vi invito anche a non drammatizzare queste situazioni per proteggere i pazienti per i quali sarebbe troppo da sopportare in quel momento.

F. E ALLORA L'ESSER-CI È DIVENTATO L'ESSERE-CON

Ci siamo veramente “incontrati”, lo abbiamo sentito, ce lo siamo detti fra psicologi: è meno pesante, meno doloroso presentarsi e lavorare in unità. Ridiamo anche più volentieri con i membri dell'*équipe*. È stato possibile far accadere qualcosa che ha permesso un incontro significativo fra le nostre reciproche intenzioni, i nostri desideri. A poco a poco le difese hanno lasciato il posto alla disponibilità. La relazione è diventata più sicura. Siamo cambiati da una parte e dall'altra, in modo inatteso. Hanno cambiato prospettiva sulla funzione terapeutica, sulla presenza della “psicologia” in un reparto di terapia intensiva. Hanno imparato a dire di *no*¹⁸, ad ascoltarsi reciprocamente e a rispettare i propri limiti. Noi, invece, ci siamo lasciati “plasmare”, ci siamo lasciati investire (emotivamente, cognitivamente). Siamo diventati gli psicologi di cui loro avevano bisogno e che noi non saremmo mai stati senza di loro. Il “loro psicologo” era adesso divenuto uno psicologo “di una clinica intensiva”, di prima linea, come la funzione che ricoprivano in ospedale, come l'identità del loro reparto. Per farlo, abbiamo dovuto abbandonare le nostre certezze, fare un salto nell'ignoto e accettare le risonanze traumatiche dentro di noi. Ciò che si è creato, attraverso un processo di e interattività e influenza reciproca, è stato un mondo condiviso. Una cornice, uno sfondo, sul quale

¹⁸ “No” alla riattribuzione e ridistribuzione degli orari di colleghi malati o assenti, “no” ai cambiamenti ingiustificati di orari o protocolli.

si sono si intrecciati vissuti singolari. Un campo esperienziale comune. Una co-creazione, insomma. Uno sfondo fatto di tenerezza, attenzione, fiducia, sensibilità, disponibilità, contenimento, sintonia, costanza, malleabilità... È questo sfondo, nella misura in cui è un processo, che cura, trasforma, contiene.

In conclusione, il post-contatto. La crisi non è finita. Tuttavia, oggi mi “disimpegno” vinto ormai dalla stanchezza. Il *team* ha richiesto recentemente uno psicologo “specializzato”. Che cambiamento! A questo scopo è stata assunta una nuova collega. Uno dei primi messaggi che abbiamo ricevuto all'inizio della crisi pandemica e che non ho dimenticato, è stato il seguente:

Abbiamo visto molti psicologi al momento degli attentati terroristici di Bruxelles¹⁹ e poi improvvisamente non li abbiamo più visti... Mentre noi, alla fine del processo, continuavamo a essere sotto stress... Quindi siate presenti per noi stavolta nel dopo di questo periodo.

Gli infermieri sono stati ammirevoli per il loro coraggio e la loro dedizione. Tuttavia, nel momento in cui scrivo questo articolo, una parte significativa del *team* è in malattia. Noi psicologi continuiamo quindi a seguirli da un punto di vista psicoterapeutico. Il lavoro continua, insomma. Prepareremo assieme il loro ritorno, oppure no (alcuni infermieri hanno deciso di riconsiderare la loro scelta professionale, di riorientarsi).

Ripensando a questa esperienza, non ancora completamente conclusa, a noi psicologi rimane oggi un senso di realizzazione, la certezza di un lavoro portato a termine. È accaduto qualcosa. Non è stato “un nulla, un vuoto”. Come psicologi abbiamo fatto la nostra parte, abbiamo suonato assieme il nostro “spartito”. Una piccola musica tenera che invitava al contatto. Siamo riusciti, infine, a suonare *tutti assieme* in tempi decisamente bui. Non abbiamo suonato necessariamente “la grande musica”, ma “la vera musica” sì, questo sì. Il successo di tale esperienza è, tuttavia, assolutamente relativo viste le sofferenze patite da questa tenace e coraggiosa *équipe*.

¹⁹ Nel marzo del 2015.

BIBLIOGRAFIA

CUPA D. (2007). *Tendresse et cruauté*. Dunod, Paris, p. 52.

DECLERCQ E. (2018). *Clinique de l'humanisation à l'épreuve des traumatismes extrêmes cumulés à l'exil*. Collection de thèses de l'Université catholique de Louvain.

ROUSSILLON R. (2005). Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique, in *La santé mentale en acte, sous la direction de J. Furtos e C. Laval*, Éditions Érès

3. ADOLESCENTI AI TEMPI DEL CORONAVIRUS: FRA TRAUMA CUMULATIVO DIFFUSO E RESILIENZA

Daniele Biondo

A. GLI ADOLESCENTI ED I LORO INTERLOCUTORI ADULTI NELL'EMERGENZA PANDEMICA

Per comprendere le reazioni psicologiche dei nostri adolescenti nell'emergenza pandemica ancora in corso è importante fare una premessa relativa a come tutti gli adulti hanno reagito ad essa. La risposta dei ragazzi, infatti, è inevitabilmente influenzata dai vissuti dei loro adulti di riferimento. Mai come l'emergenza mette in evidenza i rapporti intergenerazionali, enfatizzando i buoni legami che fanno sentire al sicuro l'adolescente o al contrario esasperando i legami conflittuali caratterizzati da abbandono deprivazione e incuria che possono generare nell'adolescente trasgressione esasperata e comportamenti autoprotettivi scorretti. Il vertice clinico orienta prevalentemente questo scritto, anche se cercherò d'integrarlo con il vertice della psicologia dell'emergenza e della psicoanalisi sociale.

Occorre aprire preliminarmente una parentesi sul ruolo dell'adulto all'interno della mente adolescente, per comprendere più profondamente l'effetto della pandemia sugli adolescenti.

Al momento della metamorfosi pubertaria si manifesta la necessità di una "terzietà" che Gutton ha definito come *soggetto genitoriale di transfert* (Gutton, 1997). Con questo concetto il Super-io la nota istanza indicata da Freud come erede delle buone identificazioni genitoriali, frutto della risoluzione del complesso edipico - trova una sua più ampia ridefinizione. Esso, infatti, rimanda alla funzione dell'autorità che permette la costruzione adolescente. Per Gutton l'oggetto genitoriale in quanto "interlocutore, ispiratore, confidente" permette la costruzione creativa della soggettività adolescente. Insomma, ci troviamo in quell'area *double face* del processo identitario in cui mondo interno e mondo esterno non solo sono in stretta correlazione, ma possono essere facilmente intercambiabili permettendo così al Sé adolescente di incarnarsi. È all'interno di questa dinamica interno-esterno del Sé, centrale in adolescenza, che si costruiscono, tra le altre, le difese della negazione, del diniego e del rifiuto della realtà, la realtà del Sé e dell'Altro (Gutton, 2006a). L'adolescente

che si può affidare al “terzo genitoriale” come interprete del mondo (interno/esterno) può usufruire di una potente intermediario, senza il quale egli è condannato alla depressione, alla paranoia, al ritiro o alle condotte perverse. Per potersi affidare e sottomettere al terzo genitoriale l'adolescente deve riuscire a sfuggire alla duplice angoscia di perdere ogni diritto al desiderio e di perdersi nella relazione con l'altro (McDougall, 1968). Ecco l'oscillazione che provoca la trasgressione della legge dell'alterità e l'angoscia di ogni adolescente di sottomettersi all'adulto. Se l'interprete del mondo, l'adulto investito come oggetto, non può esercitare tale funzione interpretante perché fuori gioco, l'adolescente è spinto in un'area disfunzionale, in una terra di nessuno, desolata e triste. A tal proposito Gutton afferma: *chiamiamo forse perverso il momento in cui “il personaggio terzo” non può interpretare*; è disfatto, depresso o arrabbiato” (Gutton, 2006a, p. 43, trad. it. 2020). La trasgressione in questi casi è secondo Gutton (*ibidem*) trasgressione della legge dell'intersoggettivazione, che comporta la totale mistificazione del desiderio dell'altro. L'altro o non esiste nella mente dell'adolescente (tendenza depressiva), oppure è percepito come una minaccia (tendenza paranoica) o, infine, è del tutto indifferente (tendenza alla perversione). Mentre l'adolescente che può usufruire del *terzo genitoriale di transfert* può conquistare il comportamento etico, inteso come “l'arte del tener conto del desiderio inconscio dell'altro (sia interno che esterno)” (Gutton, *ibidem*).

In questo mio contributo propongo di leggere la dinamica relazionale fra adolescenti e adulti che si è instaurata nei tempi della pandemia all'interno di questi concetti di base sui processi inconsci intergenerazionali proposti da Gutton. Tale dinamica verrà in particolare presentata all'interno del processo psicoanalitico, con le relative modificazioni che sono state applicate per rispettare le norme anti-contagio imposte dai decreti governativi. In particolare, mi interessa presentare le strategie con le quali, all'interno del setting psicoanalitico, è stato possibile aiutare gli adolescenti ad elaborare i vissuti traumatici connessi alle condizioni di vita imposte dalla pandemia.

Per comprendere profondamente le reazioni emotive degli adolescenti all'emergenza occorre, a mio avviso, preliminarmente considerare i vissuti degli adulti sia nei confronti della pandemia che le relative preoccupazioni nei confronti dei loro figli adolescenti. Ciò permette di compren-

dere meglio le risposte degli adolescenti all'emergenza in termini di resilienza o di messa in atto di comportamenti a rischio.

Nell'analisi delle telefonate che sono state realizzate sia relative al primo che al secondo livello del soccorso psicologico telefonico attivato dal Ministero della Salute e dalla Protezione Civile, che ho avuto modo di coordinare durante il primo *lockdown*, è emerso che *i disturbi d'ansia* hanno rappresentato la reazione più frequente fra i cittadini italiani.

L'emergenza ha scioccato la popolazione e ha provocato un diffuso senso di paralisi rispetto alla reazione traumatica. Siamo tutti impreparati ad affrontare la dimensione catastrofica dell'esistenza a causa della nostra cultura postmoderna che ha alimentato l'illusione di un'esistenza garantita da irruzioni catastrofiche (Falci, 2020). Illusione generata dalla rimozione collettiva del ruolo della natura e della catastrofe (Di Iorio, Biondo 2009, 2011) nella vita delle persone.

Le ansie persecutorie sono state anch'esse molto presenti denunciando la difficoltà di riuscire a passare da un pensiero concreto, operativo, spesso paranoico, ad un pensiero simbolico. L'incubo era nella realtà, non potevamo svegliarci e dire: "è stato soltanto un sogno". Eravamo costretti a pensarlo, dunque, ed elaborarlo per poter andare avanti con minore sofferenza.

Nelle reazioni di tipo-maniacali o maniacali vere e proprie, anch'esse molto frequenti, il clima dominante era di euforia, come se il problema non esistesse. A volte tali reazioni erano corredate da teorie e dimostrazioni pseudo-scientifiche (complotismo, negazione del problema: *È tutta una montatura, il pericolo di contagio non c'è, io esco libero... senza mascherina, e vado un po' dove voglio!*) che hanno messo a rischio coloro che le sostenevano e le persone a loro vicine. Nel negazionismo degli adulti possiamo rintracciare quell'arte perversa "di far credere agli altri che il falso sia il vero" (McDougall 1968). Un'arte che non si accontenta della propria verità intima, ma che necessita di un testimone, di un pubblico²⁰, di uno spettatore che interpreta una parte del proprio Sé per il quale "il rischio perpetuo di depressione e di angoscia persecutoria cede il suo posto solo allo spettro della morte"(McDougall 1968). Il negazio-

²⁰ Secondo la Mc Dougall un: «pubblico genitoriale» la cui eccitazione è attesa sotto forma di piacere della complicità e dell'abuso, pubblico esterno al quale bisogna far vedere.

nismo degli adulti immaturi ha alimentato le tendenze più distruttive degli adolescenti, soprattutto di quelli traumatizzati, deprivati e poveri di risorse affettive e culturali, il cui funzionamento del pensiero simbolico era particolarmente carente.

B. IL RAPPORTO CON IL TERZO E CON LA LEGGE DURANTE LA PANDEMIA

L'incapacità di pensare degli adolescenti con un funzionamento così povero è frutto anche dell'impossibilità di accedere agli *oggetti culturali* e alla loro funzione di "terzo" (Biondo 2008b), cioè alla *funzione paterna*. Di conseguenza era spianata la strada per la sottomissione al pensiero conformista del branco e alle visioni banalizzanti e complottiste, che hanno imperversato durante tutta la pandemia. In tali filosofie, proclamate da tanti adulti e persino da importanti uomini di governo, possiamo rintracciare un blocco del processo *adolescens*. Sono adulti dall'adolescenza bloccata; bloccati in particolare in uno specifico aspetto della crescita inerente al *rapporto con l'autorità*. Gutton (2006a) imputa tale difficoltà a un *diniego (forclusione) dell'alterità rappresentata dall'autorità del soggetto genitoriale di transfert, che permette la costruzione adolescente*. Il vuoto degli oggetti originali (che ricordo, in psicoanalisi, hanno a che fare con l'introiezione della relazione con i *caregiver* e delle relative memorie) comporta l'impossibilità di accedere a nuovi oggetti, se non sottomessi alla fantasia manipolatoria e strumentale del soggetto. Ciò impedisce a questi adolescenti di usufruire tanto *dell'esperienza creativa* (Chasseguet-Smirgel, 1985) che *dell'esperienza culturale* (Winnicott, 1971) alla base del *processo di civilizzazione* (Freud 1929). Sono gli *oggetti culturali* (Biondo, 2008b) che hanno permesso all'umanità di emanciparsi dal primitivo rapporto fusionale con madre natura. La *funzione paterna* potrebbe rimandare all'*ordine paterno*, come dice Bollas (1996), cioè a un insieme di funzioni capaci di coinvolgere e trasformare il bambino. Una funzione, possiamo aggiungere, ancor più indispensabile per quegli adolescenti che hanno la necessità di difendersi dall'impatto distruttivo dell'eredità transgenerazionale, o da oggetti genitoriali inadeguati, che proprio in funzione della propria inadeguatezza pretendono di colonizzare l'Io del figlio. Per riuscire a

compensare relazioni oggettuali arcaiche deludenti e mortificanti il soggetto dovrebbe poter attingere ad altri elementi positivi per lo sviluppo del Sé, come il rapporto con la funzione paterna (intesa come accesso alla “terzeità»), con la tradizione delle generazioni precedenti, con l’eredità culturale e con l’*intervento sociale*. Mai come nell’emergenza il rapporto con la funzione superegoica rappresentata dalla funzione paterna è decisivo nell’influenzare il rapporto con l’applicazione delle norme, nello specifico le norme di prevenzione anticontagio per l’emergenza pandemica. In termini psicoanalitici l’adesione alle norme antivirus è frutto della possibilità di:

ascoltare il Super-Io, in questo caso gli scienziati e gli amministratori, ma poi essere in grado a livello dell’Io cosciente di condividere il dato di realtà e di non viverlo come un’ingiunzione persecutoria o dittatoriale (Bolognini 2020, p. 7).

Si tratta, dunque, di poter usufruire del conforto interno di una funzione terza che rimandi alla Legge, non in termini puramente normativo, ma piuttosto come capacità di riconoscere il dolore del limite che per l’adolescente non può che coniugarsi con i sensi di colpa per la realizzazione del proprio processo di soggettivazione, che inevitabilmente tende ad allontanarlo dall’influenza genitoriale. Occorre poter contare sulle salde identificazioni edipiche infantili da un lato e sulla sua rielaborazione adolescenziale, nei termini dei processi di sublimazione e idealizzazione, per poter sfuggire alla feroce logica trasgressiva delle forche caudine dell’adolescenza.

C. ANGOSCE DI MORTE E DIFESE ADOLESCENZIALI

L’assenza di un genitore superegoico bonario interiorizzato e la presenza persecutoria di un genitore dominato dall’angoscia di morte hanno fortemente influenzato nei casi più sfortunati le reazioni psicologiche degli adolescenti alla pandemia. L’adolescente è intimamente spaventato del fatto che le proprie angosce più profonde corrispondano a quelle dei propri genitori: se il campo mentale genitoriale è invaso da angosce di morte l’effetto traumatico sulla mente adole-

scente è assicurato. Il genitore che si è soggettivato, cioè che è sopravvissuto alla propria adolescenza e alla sfida alla morte che essa comporta, può testimoniare al figlio adolescente tale traiettoria evolutiva personale. Si può sopravvivere alle forche caudine!

Nel processo di crescita dei figli adolescenti viene continuamente convocata l'adolescenza dei propri genitori. In emergenza ancor di più visto che il genitore dovrà con più forza testimoniare al figlio adolescente la possibilità di sopravvivere e di non farsi annullare dall'angoscia di morte. Evenienza quest'ultima che lo renderebbe del tutto inutilizzabile per il figlio per realizzare il proprio processo *adolescens*, annullando così l'altro. Come afferma Gutton:

Questo adolescente perde i suoi genitori. Anche colui che doveva incarnare il soggetto di transfert diventa seduttore: gli si obbedirà o lo si odierà. Diventa "fabbricato" da un uomo e da una donna senza referenze transgenerazionali (Gutton 2006, p. 48, trad. it. 2020)

È plausibile ipotizzare che le angosce di morte attivate dalla pandemia abbiano avuto un effetto traumatico su tutta la popolazione, anche se ovviamente con sfumature diverse a seconda dell'assetto personale e del livello di coinvolgimento con il problema (Biondo 2020b). Occorre a mio avviso interrogarsi sugli effetti psichici dell'evento e considerare l'ipotesi che esso abbia avuto un *effetto traumatico diffuso*. Mi sono trovato a dover fronteggiare, sia nella prima che nella seconda linea, molte telefonate di persone che presentavano ideazioni suicidarie, per la disperazione conseguente a diversi fattori individuali (ad esempio alla difficoltà di riuscire a restare da soli chiusi in casa, difficoltà a stare distanti dai propri cari ecc.). A volte il trauma era relativo ai troppi morti a cui la persona aveva assistito nel proprio lavoro e alla rabbia contro le istituzioni che non fornivano i dispositivi di protezione, non ti proteggevano e "lasciavano morire" così tante persone. Possiamo ipotizzare che l'assistere a così tante storie di morte, sia per chi era impegnato nei soccorsi che, seppur con impatto diverso, per tutta la popolazione coinvolta attraverso i mass media agli effetti tragici della pandemia, abbia in molti di noi minacciato il sistema difensivo dall'angoscia di morte e in molti casi lo abbia spazzato via, lasciando aperta la strada suicidaria (Biondo 2020b).

Il *carico di morte*, che tali condotte mortifere denunciano, rappresenta a mio avviso il fattore principale di traumatizzazione per gli adolescenti, poichè rappresentano un attacco violento al processo pubertario. Esse, infatti, comportano l'esaurimento della forza vitale insita in tale processo e profilano l'impossibilità di negare il rischio di precipitare nel "nulla". È con angosce profonde di tipo psicotico o perverso che a mio avviso gli adolescenti sono stati costretti a confrontarsi nei tempi del Coronavirus, i cui effetti sconteranno nell'arco di tutto il loro sviluppo.

Una delle conseguenze comuni nei sopravvissuti ad un traumaismo psichico massiccio è rappresentata dai disturbi cronici dell'affettività. La maggior parte delle volte ci si riferisce al problema come a una *mescolanza di depressione e ansia* (Krystal 1988-1993). Diverse indagini statistiche realizzate nel periodo dell'attuale pandemia segnalano fra gli adolescenti le seguenti reazioni sintomatiche al primo lockdown (marzo-maggio 2020):

- Stati di ansia;
- Paura di contrarre il virus;
- Impossibilità di fare scuola e sport e conseguente deprivazione sensoriale, affettiva e sociale;
- Sentimenti di persecuzione/costrizione/imprigionamento conseguenti all'obbligo di restare in casa;
- Negazione del problema con conseguenti comportamenti: uscire comunque con gli amici, mascherina indossata solo "per finta", distanziamento sociale zero ecc.;
- Insofferenza per la lontananza dagli amici e dal partner e per l'eccessivo contatto con i genitori;
- Sofferenza per la mancanza di spazi in casa dove proteggere la propria *privacy*;
- Preoccupazione per le ricadute economiche per la famiglia.

Tale florida sintomatologia degli adolescenti è a mio avviso da collegare anche alle reazioni degli adulti di riferimento. Possiamo ipotiz-

zare che l'attuale situazione pandemica, avendo compromesso l'equilibrio psichico di molti adulti, possa aver causato per molti bambini e i ragazzi un trauma cumulativo. Masud Khan (1972) ha elaborato la teoria del trauma cumulativo che deriva dalle tensioni e dagli stress che il bambino sperimenta nel contesto della dipendenza del suo Io dalla madre, che è insieme scudo protettivo e Io ausiliario. Le breccie in questa funzione di barriera antistimoli esercitata dalla madre agiscono in modo silenzioso e impercettibile lungo tutto il processo di sviluppo. Non sono osservabili né identificabili come traumi nel momento in cui si producono e assumono il valore di trauma solo cumulativamente e retrospettivamente. Analogamente possiamo ipotizzare che le reazioni angosciate alla pandemia degli adulti, in particolare dei genitori e degli insegnanti (e più in generale degli adulti di riferimento), spesso caratterizzate da negazione, ansia eccessiva, angosce di morte, sentimenti di persecuzione, abbiano fortemente influenzato le reazioni degli adolescenti, producendo una traumatizzazione che si manifesterà nel lungo tempo. L'Impresa sociale CON I BAMBINI, nell'ambito del *Fondo per il contrasto della povertà educativa minorile*, ha condotto a tal proposito un'interessante indagine (Istituto Demopolis e Con i Bambini 2020) su un campione demoscopico stratificato di 3.360 intervistati, che ha coinvolto 264 insegnanti, 628 genitori con figli minorenni e 256 rappresentanti degli enti del Terzo Settore. L'indagine evidenzia la preoccupazione del campione per lo scarso apprendimento scolastico degli adolescenti (73%), la loro eccessiva dipendenza dagli *smartphone* e *tablet* (69%) ed il rischio di isolamento dei ragazzi a causa del COVID-19 (65%). Alla domanda su quali sono i problemi aggravati o nati a causa del COVID-19 la maggioranza del campione risponde le conseguenze dell'incremento della povertà delle famiglie (60%), l'esclusione dei soggetti più fragili (poveri, disabili, figli di genitori stranieri) (59%), regressione degli apprendimenti e del metodo di studio (55%), abbandono scolastico (40%). L'età considerata più a rischio (da 0 a 17 anni) è proprio la classe d'età dell'adolescenza per 52% del campione. I servizi che più sono mancati ai ragazzi a causa della pandemia sono prevalentemente le attività ludiche e ricreative (70%), le palestre e i centri sportivi (65%) e i laboratori e le attività extrascolastiche (42%). Su che cosa potrebbe essere d'aiuto ai ragazzi nella situazione pandemica il campione mette al primo po-

sto il facile accesso alla didattica a distanza (63%), la costanza d'impegno degli insegnanti anche nella DAD (52%) e aiuti economici alle famiglie (46%). L'indagine dimostra chiaramente come l'emergenza COVID-19 non sia esclusivamente sanitaria, ma riguardi tutta la sfera della vita degli adolescenti, dalla scuola al tempo libero, rendendoli più poveri e soprattutto fortemente deprivati rispetto alle principali esperienze di crescita (gioco, socializzazione, apprendimento ecc.). Tale attacco al processo evolutivo imposto dall'isolamento ha in molti casi slatentizzato problematiche antiche non risolte, dovute a traumi antichi riattivati dall'emergenza in corso. Sono emersi rischi suicidari, o di acutizzazione di forme di dipendenza (dall'alcool, da droghe, da internet, da gioco d'azzardo) o di agiti dovuti ad atti schizoidi o a psicopatologie gravi.

L'emergenza pandemica sembra, dunque, aver comportato una massiccia e specifica sofferenza nella fascia della popolazione adolescenziale come emerge anche dall'indagine condotta da IPSOS, "I giovani ai tempi del Coronavirus" per conto di *Save The Children Italia* (Ipsos, Save the Children, 2020), che analizza opinioni, stati d'animo e aspettative di studenti tra i 14 e i 18 anni. Da questa indagine, che coinvolge gli studenti delle scuole superiori, è emerso un quadro molto critico che fa suonare un campanello d'allarme sul rischio futuro di dispersione scolastica. Dai dati raccolti, si stima infatti che circa trentaquattromila studenti delle scuole superiori, a causa delle assenze prolungate, rischiano di alimentare il fenomeno dell'abbandono scolastico. Con l'impoverimento delle famiglie, poi, per molti lasciare la scuola significa divenire facile preda di sfruttamento lavorativo. Il 28% degli intervistati afferma che dal *lockdown* di primavera 2019 c'è stato almeno un proprio compagno di classe che ha smesso completamente di frequentare le lezioni. Il 7% afferma che i compagni di scuola "dispersi" a partire dal *lockdown* sono stati tre o più di tre. Il 35% ritiene che la propria preparazione scolastica sia peggiorata. Uno studente su quattro deve recuperare diverse materie. Per il 38% degli adolescenti la didattica a distanza è stata un'esperienza negativa. In generale la principale difficoltà è rappresentata dalla fatica a concentrarsi per seguire le lezioni *online* e dai problemi tecnici dovuti alla connessione internet/copertura di rete propria o dei docenti. Guardando alle dotazioni dei ragazzi,

quasi il 18% dichiara di aver a disposizione un dispositivo condiviso con altri e l'8% si trova a frequentare le lezioni in una stanza con altre persone. Quello passato (2020) è stato un “anno sprecato” per il 46% degli adolescenti che, però, costretti a vivere in un mondo di incontri solo virtuali, hanno riscoperto il valore della relazione “dal vivo” con i coetanei. L'85% dei ragazzi intervistati afferma di aver capito quanto sia importante uscire con gli amici, andare fuori e relazionarsi “in presenza”. In un'età di cambiamento come quella dell'adolescenza, il tema delle relazioni personali è fondamentale e tra le “privazioni” che i ragazzi hanno sofferto di più, anche quella di non aver potuto vivere esperienze sentimentali importanti per la loro età. Stanchezza, incertezza e preoccupazione sono i principali stati d'animo che ragazze e ragazzi hanno dichiarato di vivere in questo periodo. E guardando al futuro, solo il 26% pensa che “tornerà tutto come prima” e la stessa percentuale ritiene che “continueremo ad avere paura”, mentre il 43% ritiene che anche dopo il vaccino, “staremo insieme in modo diverso, più on line”. In generale ne viene fuori un quadro di forte deprivazione, frustrazione nei confronti del futuro, rabbia per quanto è andato irrimediabilmente perduto.

Tutto ciò probabilmente è connesso all'incremento del fenomeno delle guerre di piazza nei mesi della pandemia, poiché è fortemente aumentato il bisogno di incontrarsi in presenza, dove portare con la violenza la propria silenziosa protesta ai divieti imposti dall'emergenza: uno dei tanti modi con cui gli adolescenti hanno presentato il proprio urlo di dolore nei confronti dei silenziatori sociali imposti dalla pandemia e non solo da essa. Una protesta inconsciamente motivata dalla svalutazione degli adulti, considerato che gli adolescenti si sono sentiti esclusi dalle scelte politiche realizzate per il contrasto alla diffusione del COVID-19, che li hanno visti penalizzati nell'interruzione delle attività scolastiche in presenza: il 65% del campione è convinto di aver pagato in prima persona per l'incapacità degli adulti di gestire la pandemia, mentre il 42% ha ritenuto ingiusto che agli adulti fosse permesso di andare al lavoro, mentre i giovani non potevano andare a scuola.

D. LA CLINICA PSICOANALITICA PER ELABORARE IL TRAUMA E SVILUPPARE LA RESILIENZA

In assenza di elaborazione delle esperienze traumatiche della propria storia all'interno di un percorso psicoterapico, l'individuo (così come per altri versi l'intera collettività) è condannato alla ripetizione e cronicizzazione degli effetti del trauma che si organizzano nel *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) (Parson, 1988, 1990, Infrasca 1995, Sgarro, 1997, Horowitz 1999, van Der Kolk *et al.* 2007). Nei casi clinici che riporto di seguito evidenzierò come l'esperienza del *lockdown* e delle restrizioni connesse all'emergenza della pandemia da COVID-19 abbiano provocato alcune specifiche reazioni connesse alla storia clinica degli adolescenti in trattamento psicoanalitico. Ogni adolescente in trattamento, ovviamente, ha reagito a suo modo all'emergenza, probabilmente in funzione di ciò che essa ha attivato e di come la propria sofferenza ha risuonato con le caratteristiche dell'emergenza stessa. Lungi, dunque, dal fare una generalizzazione vorrei presentare tre casi, in cui le restrizioni e il *lockdown* hanno prodotto prevalentemente (tra le altre reazioni comunque presenti) *intransigenza* (primo caso), *piacere sadico* (secondo caso) e *contenimento* (terzo caso). La prevalenza di una reazione piuttosto che un'altra credo sia stata in funzione non solo della specifica costellazione psichica dei ragazzi coinvolti, ma anche della specifica relazione terapeutica e della reazione controtrasferale del terapeuta. Tali reazioni hanno anche influenzato il tipo di trattamento che si è potuto realizzare: il setting da remoto, più facilmente accettato da adolescenti ritirati o intransigenti, è stato rifiutato dagli adolescenti più deprivati o antisociali. Come dicevo in apertura m'interessa focalizzare come la risposta dell'adulto, in questo caso il controtrasfert del terapeuta, abbia permesso all'adolescente in trattamento di elaborare le angosce attivate dalla pandemia.

Antonio l'intransigente imprigionato dal lockdown e dal vuoto dell'altro

Antonio, aveva avviato da due anni (quando aveva 15 anni) un trattamento psicoanalitico bisettimanale. Il ragazzo aveva rapporti conflittuali con i genitori: raccontò che la madre lo allagava con la sua

eccessiva ansia e che il padre, molto idealizzato nell'infanzia, era vissuto per alcuni suoi aspetti (conflittuale con la madre, sospettato di tradirla) come abbandonico. Antonio aveva realizzato il suo esordio sessuale a 14 anni con un giovane adulto conosciuto in una *chat*. Aveva rapporti occasionali con ragazzi e uomini più grandi conosciuti in rete solo a tale scopo. Contrasse in uno di questi rapporti un virus che produceva una sindrome da immunodeficienza. Antonio nei primi mesi di terapia era chiuso e quasi del tutto afasico: nonostante la sua elevata intelligenza era del tutto incapace di comunicare di sé e di comunicare con l'altro. Dovrò escogitare per avviare la terapia alcuni *escamotage* per riuscire a comunicare con lui: giocavamo a carte o a scacchi e quando vincevo gli chiedevo di realizzare testi scritti (produrrà così anche dei sogni), mentre quando vinceva lui mi chiedeva di somministrargli dei test. Grazie a questi *medium* il ragazzo riuscì a comunicarmi aree importanti di sé che prima non avevano modo di essere rappresentate. Di seguito due suoi testi (*Incatenato* e *Ok*) che, memore di tale abitudine iniziale, mi inviò durante il primo *lockdown*, periodo in cui ho continuato a seguirlo da remoto, sempre con un setting bisettimanale. A mio avviso i due testi aprono una finestra significativa sulla sofferenza degli adolescenti durante la pandemia.

Incatenato

Quanto siamo tutti felici che le scuole abbiano chiuso per un mese, vero, ragazzi? Ma nessuno rispose, nessuno c'era davvero là. In effetti erano tutti a casa loro e nessun modo di vederli. Mi chiedevo che cavolo avrei fatto tutto quel tempo oltre ai compiti e alle lezioni online. Non potevo uscire, nessuno ne aveva la possibilità, e chissà quando avrei rivisto i miei amici.

C'era da dire però, che quelle videolezioni erano alquanto interessanti e decisamente più coinvolgenti dei deprimenti discorsi dei prof. a scuola. Potevo anche vedere i muscoli lunghi e sonnolenti dei miei compagni, freschi di una lunga dormita da tempo bramata, ma non c'era modo di accendere la mia webcam e lasciar loro vedere la mia faccia lavata in fretta e furia, con ancora quel luridume che ti viene agli occhi quando dormi.

Finalmente poi, potevo mettermi a giocare ai videogiochi

per ore e finire quelle maledette trame che avevo lasciato in sospenso da mesi. La scuola a quello non lasciava scampo.

Ma alla fine non riuscivo a riempire il vuoto lasciato dalla noia e dalla solitudine; non ce la facevo neanche a buttare giù qualche verso, perché non c'era nessuna emozione, nessun fatto da descrivere, rivivere e nessuno con cui condividere tutto questo.

Il vero virus che mi attanagliava era quello dell'impotenza, dell'inevitabilità della mia reclusione. Ero stato contagiato sin dal primo giorno. Incatenato alla mia famiglia e basta.

Adesso racconto a me stesso questa storia e impazzisco, non riesco a capire che fine farò: non ho scontato neanche un quarto della pena e sono già messo così male da scrivere questo testo.

Quasi quasi avrei preferito che il governo fosse intervenuto un po' prima in modo da non aver bisogno di chiudere tutto.

Ma alla fine è solo una delle tante prove della vita, e la supererò, anche se non poteva capitare in un periodo peggiore, proprio no. Proprio ora che stavo cercando di creare una nuova relazione, mi devo rassegnare, mi tocca aspettare.

Il rischio del *vuoto* evocato da Antonio richiama il rischio di precipitare nel "nulla" che era al centro delle sue angosce. Un rischio strettamente connesso alla perdita dell'Altro. Per gli adolescenti problematici con relazioni molto conflittuali con i genitori, la vera condizione catastrofica amplificata dalla pandemia sembrava essere collegata proprio all'assenza nella loro mente dell'Altro come soccorritore, che aveva reso più angosciante il loro isolamento. Il vuoto lo ritroviamo in un secondo testo di Antonio, che riporti di seguito.

Ok

Quanto è passato, mezzo mese? Non lo so, ormai ho perso la cognizione del tempo, dei giorni che passano inesorabili.

Che coincidenza dover studiare Petrarca, poeta dell'accidia e pioniere del mal di vivere, in cui sono costretto a cadere!

Vorrei sapere che fine hanno fatto tutti quelli che non sopporto, tanto non ho di meglio da fare.

Vuoto di tutto, mi affaccio sul balcone alle 18 in punto e ascolto l'inno nazionale tanto per buttare via due minuti della mia esistenza, che avrei ugualmente sprecato in altro.

'Fratelli d'Italia, l'It...' mi basta questo per tornarmene dentro casa. Il fatto è che ipocrisie come queste non le posso sopportare. Per carità, non voglio mica offendere chi ci crede davvero, mi rivolgo solo alla gente che dopo questa quarantena si scorderà tutta la questione dei fratelli e tornerà a pensare solo a sé stessa come era prima.

Ma la vera gente che non tollero minimamente, sono quelli che continuano ad uscire. Capirei se fosse una questione individuale, ma non è così, da una persona ne dipendono altre cento. Ma a loro cosa frega degli altri, stanno tanto bene così! Bah. Se tipi del genere non esistessero, saremmo tornati alle nostre vite in quattordici giorni o giù di lì. Staremmo pure meglio in realtà.

Ciò che mi spaventa di più è però la mia indolenza. Ci sono volte che sto le ore a non fare niente e mi riduco all'ultimo a fare ciò che DEVO fare. Ma che ci vuoi fare? La situazione è questa, non mi aspetterei di meglio da nessuno, figuriamoci da me.

Ciò che mi manca di più sono proprio le persone, e con gran sorpresa, passerei del tempo anche con quelle più superficiali, a fare discorsi stupidi e campati per aria, della serie che si renderebbero conto di ciò di cui stanno parlando, ma neanche più di tanto. Passerei tempo con chiunque pur di non stare un altro minuto con la mia famiglia.

Ma alle fine, non si sta neanche così tanto male a casa, era quello di cui tutti noi avevamo bisogno da un po', è il contesto che rende angosciante questa permanenza forzata e spesso le persone con cui la passi.

Fossi con qualcuno di interessante, mi piacerebbe pure.

È un vuoto, quello di Antonio e di tanti ragazzi problematici, generato dall'eliminazione dell'Altro nel proprio panorama psichico.

Non si tratta dell'inevitabile trasgressione delle ingiunzioni genitoriali²¹, connesse al processo adolescenziale di svincolo oggettuale, ma all'impossibilità di salvare intimamente l'altro grazie al processo di sublimazione. *L'impasse evolutivo* che ne scaturisce, come nel caso di Antonio, sembra essere conseguente a un oggetto materno incapace di dare soccorso, cioè a livello primario di far incontrare *le impressioni sensoriali e l'esperienza della realizzazione* (Lupinacci, Bancheri 2019). Ciò produce *impasse evolutivo*, poiché il mancato incontro produce nella mente del neonato il *nulla*, frutto del mancato incontro fra contenitore e contenuto (bocca e capezzolo). Mai come in un'emergenza tale carenza oggettuale si concretizza nell'esperienza del vuoto, che Bion (1965) ha teorizzato in termini di esperienza del *no-thing*, conseguente al mancato soddisfacimento dei desideri che produce *l'emozione del nulla* (*nothing*). L'esperienza del vuoto ha un potente effetto sifone, dato dal potere di risucchiare ogni esperienza buona eliminandola e dal potere di attaccare ogni tentativo riparativo sia del soggetto che dell'oggetto (Biondo 2020a). In assenza della *rêverie* materna il neonato sarà lasciato solo con il suo dolore e diventerà in futuro incapace di tollerare le esperienze dolorose. Ma è in adolescenza che tutto ciò si organizza in perversione (Gutton 2006a), come nel caso delle esperienze promiscue di Antonio, poiché s'inscrivono all'interno del *break-down* (Laufer 1984) e dell'*impasse* dello sviluppo. La condotta promiscua e perversa di Antonio potrebbe rappresentare una riedizione di un'esperienza traumatica non rappresentabile, immagazzinata nella memoria implicita, secondo la teorizzazione di Cabré (2014). La condotta perversa del ragazzo poteva essere interpretata, seguendo sempre Cabré, come un tentativo di dominare l'insopportabile terrore di perdere o separarsi da una imago materna pre-edipica e pre-genitale inadeguata, non contenitrice e fragile. L'assenza di un contenitore interno risultava particolarmente drammatica durante l'emergenza. Questo mi sembra una delle principali fonti della ri-traumatizzazione adolescenziale prodotte dalla pandemia che ha interessato prevalentemente gli adolescenti più fragili e sofferenti, resi particolarmente vulnerabili proprio dalla carenza sia delle difese genitoriali interiorizzate che più generalmente dalla carenza dell'Altro

²¹Trasgredire non solo è facile ma oserei dire necessario se il soggetto deve regolare la novità pubertaria al di là dei limiti infantili" (Gutton, 2006a).

dentro di sé. Credo che proprio il forte bisogno dell'Altro abbia orientato Antonio a chiedermi di riprendere le sedute in presenza appena concluso a maggio 2020 il primo periodo di *lockdown*. Nelle sedute in presenza dei mesi successivi Antonio ha potuto esprimere in maniera più esplicita il piacere della relazione con me e portare in seduta dei sogni significativi che gli hanno permesso di elaborare il rapporto con il suo corpo e il suo orientamento sessuale. Parallelamente a tale lavoro terapeutico il ragazzo è riuscito a costruire una relazione d'amore con un coetaneo, a fare *outing* con i suoi amici e compagni di classe fino a riuscire a dirlo al fratello più piccolo, del quale temeva particolarmente il giudizio. Il processo di soggettivazione che si era bloccato all'ombra dell'esperienza traumatica del contagio, conseguente alle prime esperienze sessuali rischiose, può così rimettersi in moto proprio grazie alla modificazione del setting analitico imposta dalla pandemia. Appena, ad ottobre del 2020, si riattivarono le restrizioni per il riacutizzarsi della crisi pandemica nel nostro Paese, Antonio mi chiese, nonostante la sua intransigenza e il suo comprensibile timore del contagio, di poter alternare le sedute in modo da poterci vedere in presenza almeno una volta a settimana. Così faremo. Pur di ritrovare l'Altro Antonio era disponibile a correre il rischio del contagio: il contagio benefico del terapeuta rispetto alla sua emergenza interna. Noterò così una significativa differenza fra "l'uso dell'oggetto" terapeuta che il ragazzo faceva in presenza rispetto a quando ci incontravamo da remoto con *Skype*. Nonostante in presenza ci fosse la mascherina che "filtrava" il nostro rapporto, sentivo che il corpo non solo era prepotentemente presente, ma che attivava in me una specifica attenzione: mi ritrovavo a parlare con lui dell'interruzione delle sue attività sportive (karaté e palestra) per attivarlo affinché riprendesse a casa l'esercizio fisico, considerato la chiusura delle palestre. Ad un certo punto mi sentii interpretare il ruolo del *personal trainer* del ragazzo e dovetti interrogarmi su questo mio scivolamento contro-transferale. Alla luce di queste riflessioni compresi quanto mi ero lasciato sedurre dal funzionamento intellettualistico del ragazzo fino ad escludere, complice il *lockdown*, la dimensione del corpo dalla nostra relazione. Dimensione che probabilmente rimandava alla sofferenza arcaica legata al vuoto dell'oggetto prima descritta, ma che finalmente riuscivo a collocare all'interno della relazione analitica (considerato

che anche io avevo colluso con tale *vuoto del corpo*). Riprendemmo così all'interno del dialogo analitico alcuni elementi della storia del ragazzo, dei quali avevo avuto notizia all'inizio del trattamento dall'incontro con i genitori e poi non avevo più modo di riprendere con il ragazzo, inerenti alle sue difficoltà infantili nell'area della coordinazione motoria e della prassia. Antonio rivelò che ancora attualmente tali difficoltà pesavano nelle sue relazioni sociali, inibendole a causa del suo sentirsi non adeguato e dalla conseguente paura del giudizio dai pari. Era proprio questa paura che lo aveva spinto a limitare gli incontri in presenza con loro e a preferire quelli da remoto. L'alternanza delle sedute remoto/presenza sembrò aver facilitato il processo di slatentizzazione di tale specifica difficoltà permettendoci di affrontarla in terapia. Nel mio scivolamento contro-transferale probabilmente mi ero inconsciamente connesso con tale sua difficoltà.

Giacomo l'hater e il piacere sadico per il lockdown

Giacomo era un ragazzo di 17 anni, che aveva avviato una psicoterapia nell'ottobre del 2020 poichè si era ritirato da tutto: scuola, amici, famiglia, per rinchiudersi nella sua stanza. Ciò era successo proprio qualche settimana dopo il primo *lockdown* della primavera di quell'anno. Da allora trascorreva il tempo vedendo film e serie tivvù. Ogni tanto giocava ai videogiochi, a volte anche con altri da remoto - l'ultimo residuo delle sue attività sociali -, ma a volte evitava anche questo minimo contatto con gli altri. Giacomo frequentava il quarto liceo scientifico, ma dopo le restrizioni e l'avvio delle lezioni da remoto non era riuscito più a frequentarle. Quando la scuola aveva ripreso le lezioni in presenza non era più riuscito ad uscire da casa e non aveva neanche più voluto incontrare i suoi amici. Nel nostro primo incontro motivò così la sua scelta: *ho paura che mi vedano e mi sentano così tanto depresso. Fino a prima riuscivo a mettermi una maschera, mentre poi ho 'accannato'²² tutto!* Riferì di sentirsi bruttissimo, stupido ed incapace in tutto, di avere avuto intensi pensieri suicidari e di non aver alcun interesse alla vita. Specificò che, se non fosse stato un codardo si sarebbe già ucciso. Trovava tutto noioso, giudicava molto severamente sia i suoi compagni di scuola che anche

²² Abbandonato

i suoi amici, reputandoli banali e prevedibili, conformisti e scontati. Sembrava che il primo *lockdown* avesse slatentizzato in Giacomo problematiche presenti che si erano amplificate proprio a causa dell'isolamento forzato. Giacomo viveva isolato in un grande casolare di campagna, in una frazione di un paese di provincia, dove i genitori si erano ritirati per avviare un agriturismo. A fronte del suo disinteresse per la scuola Giacomo era un espertissimo cinefilo, appassionato in particolare di fantascienza. Del cinema sapeva tutto: registi attori principali anche di film molto vecchi. Inoltre, amava seguire *anime* e leggere manga, oltre che nutrirsi di buona letteratura: ultimamente si era ordinato su Amazon *I fiori del male* di Baudelaire.

Nelle prime sedute del trattamento Giacomo parlò di un manga, *I Want to Eat Your Pancreas*²³, che è la storia di una ragazza che ha un tumore mortale al pancreas che incontra un ragazzo completamente apatico, incapace di relazionarsi con lei e con il fatto che lei vuole vivere alla giornata perchè sa che morirà. Quando gli interpretai che mi stava comunicando la drammaticità della sua condizione, a cavallo fra il tumore psichico e l'incapacità di vivere alla giornata, dopo avermi rivelato che si sentiva "*come un vaso troppo pieno che si è rotto*", parlò del film, *L'odio*²⁴, sulla violenza della polizia nelle *banlieu* parigine. A questo punto mi rivelò che era contento per le manifestazioni violente di piazza che si erano svolte a Napoli e Roma contro il decreto del governo che imponeva il secondo *lockdown* dell'autunno 2020. Commentò:

Mi piace il caos e il disordine! Odio la società odierna e godo nel vederla in difficoltà, mi piace vedere in televisione

²³ *I Want to Eat Your Pancreas* è un romanzo dello scrittore giapponese Yoru Sumino. Inizialmente serializzato come romanzo web nel sito generato dagli utenti Shōsetsuka ni Narō nel 2014, il libro è stato pubblicato in stampa nel 2015 da Futabasha. Inoltre è stato tratto un film anime del 2018 diretto da Shinichirō Ushijima, Dal romanzo sono stati tratti anche un manga nel 2016 e un film live action diretto da Sho Tsukikawa, distribuito nel 2017.

²⁴ *L'odio (La Haine)* è un film del 1995 scritto e diretto da Mathieu Kassovitz, vincitore del Premio per la miglior regia al Festival di Cannes. La pellicola, girata in bianco e nero, prende spunto dalla reale uccisione di un ragazzo delle banlieue di Parigi da parte della polizia.

persone che danno fastidio allo Stato e fanno atti vandalici.

Grazie al film e a queste sue ultime affermazioni riuscimmo ad avvicinare il suo odio contro il mondo connesso al suo desiderio di eliminare l'altro dal suo panorama psichico, che era alla base della sua scelta di ritirarsi da tutte le relazioni significative. Gli esplicitai che a mio avviso proprio questo suo farsi governare dall'odio e dal sentimento distruttivo da esso generato, ben rappresentato dai disordini di piazza e dagli atti vandalici, probabilmente era alla base della sua depressione. Forse, ipotizzai senza dirglielo, era proprio per proteggere l'altro dal proprio odio (l'odio verso lo Stato probabilmente rimandava all'odio verso i suoi genitori) che ad un certo punto lo aveva direzionato verso sé stesso, realizzando il "suicidio sociale" che lo aveva spinto a ritirarsi da tutto e da tutti. Molto del lavoro dei primi mesi di terapia fu concentrato proprio su questo aspetto al quale Giacomo associò trame di libri e film. Ad esempio, mi parlò del libro *All'inseguimento del cane nero* in cui c'era il personaggio principale che assorbiva i pensieri delle altre persone, fino a quando non saturava e cominciava a spargere in giro la sua depressione. In una seduta di fine ottobre raccontò un incubo avuto la notte precedente in cui: *Un ragno nero enorme si appoggia sulla sua testa*. Raccontò che quello del ragno era un incubo ricorrente fin dall'infanzia. Dopo associò un ricordo: *Una volta ero con i miei genitori ed effettivamente un ragno mi stava camminando addosso sulla maglietta. Poi ho incominciato ad allucinarli*. Specificò che negli ultimi mesi lo ha allucinato molto spesso, pur rendendosi conto che fosse frutto della sua fantasia lo vedeva come se fosse reale tanto da cercare di schiacciarlo. Gli interpretai il ragno nero come la rappresentazione non solo della depressione materna e del sordo conflitto genitoriale, ma anche come qualcosa di più recente legato alla propria depressione, incrementata dal *lockdown*: Il ragno nero poteva essere considerato come una rappresentazione del Coronavirus-19: qualcosa di mortifero che gli poteva saltare addosso con il rischio d'irretirlo con la sua ragnatela invisibile ed ucciderlo psichicamente. Associò alla mia interpretazione una serie tivvù sugli Hikikomori dove il protagonista non usciva più di casa perchè vedeva che gli altri non facevano altro che deriderlo. L'odio per il mondo trovò la possibilità di esplicitarsi sempre in relazione al nuovo *lock-*

down in una seduta da remoto di novembre nella quale esordì con queste parole: *Sono contento del lockdown così sono tutti segregati come me*. Proseguì parlando dell'invidia per un suo amico che da poco si era fidanzato, commentando: *Non credo nell'amore di coppia, è una cosa rarissima!* Parlò di un altro suo amico che si era messo con una ragazza già dal primo liceo, facendosi condizionare poi del tutto da lei e dopo due anni di relazione lui ne era uscito completamente trasformato, diventando conformista. Lo collegai all'idea negativa che aveva dei rapporti di coppia, in funzione dell'esperienza dei suoi genitori, che lui giudicava fallimentare. Mi parlò a questo punto delle sue esperienze con le ragazze: il primo bacio a quindici anni e mezzo, poi un'amica del cuore che gli chiese di mettersi con lei, ma lui non era proprio interessato (*All'epoca m'interessava solo andare in bici e giocare a calcio*) e declinò l'offerta; nello stesso modo andò con un'altra ragazza, che prima stava con un suo amico. L'unica che gli piaceva era una ragazza che lo attraeva solo fisicamente, *Ma appena parlava mi scendeva perché era troppo stupida*. Nelle sedute successive Giacomo non mancò di descrivermi i suoi scontri con i suoi amici conseguenti alla sua svalutazione nei loro confronti. A tal proposito raccontò quest'episodio:

Non gioco più alla play station e con gli amici al computer perché una persona mi ha fatto arrabbiare: Andrea, vecchio amico delle elementari con il quale ho sempre giocato a calcio o alla play, non è mai stato un vero amico. Lui prende in giro tutti con delle battute, mi stava rompendo con la storia che ho smesso di andare a scuola (è un mio compagno di classe). Io gli spiegato i motivi per cui non posso andare in classe: non riesco ad andare al passo con voi, dovrei fare un programma semplificato, ma io non ci riesco perché mi vergogno. Lui ha capito e mi ha chiesto scusa. Però dopo qualche giorno l'ha rifatto allora mi sono incazzato e gli ho detto tutto quello che penso di lui, sono stato molto cattivo, gli ho detto cose con superbia. Forse dietro questo mio lato d'inferiorità sono egocentrico. Gli ho detto: 'sei una delle persone più stupide che io conosca (fatti il QI e avrai meno di settanta)', aggiungendo cose su quello che pensa e che fa, sulle relazioni che ha con gli altri del tipo: 'sei insicuro, prendi per

il culo tutti perché non sai stare con te stesso, vai dallo psicologo'; gli ho detto così perché loro pensano che sia un'offesa; poi gli ho parlato sul fatto che non sa stare con le ragazze ('forse sei gay') e che guarda sempre la stessa serie. Gli altri che erano presenti sono stati un po' zitti e un po' si sono messi a ridere di lui per quello che gli stavo dicendo.

Gli feci notare la reazione violenta e distruttiva che aveva avuto con l'amico e la collegai con la sua solitudine e la sua depressione (penso ad una comunicazione di transfert, inerente al nostro rapporto rigidamente da remoto, ma decido di non interpretarla poichè la sentivo troppo precoce). Rispose che aveva deciso di tagliare con i rapporti superficiali, aggiungendo che la settimana precedente parando in *chat* con gli amici dei suoi interessi per alcune serie televisive, alcuni generi musicali e alcune letture gli avevano detto che era un intellettuale, schernendolo per il fatto che poi, però, non riusciva nemmeno ad andare a scuola. Lo responsabilizzai sui messaggi di chiusura che lui mandava agli amici, come quello di cui avevamo parlato all'inizio, ai quali non mancava di comunicare il suo disprezzo. Ne approfittai per utilizzare questo suo momento di consapevolezza per avvicinarlo allo stato d'isolamento pericoloso in cui lui si era rifugiato (che altre volte difendeva a spada tratta e non c'era modo di problematizzare) realizzando solo rapporti da remoto. A questo punto mi parlò di un cartone della sua infanzia (11 anni) *Adventure time*. Raccontò che il personaggio principale, Finn, combatte contro i nemici della terra di *Ooo*, come il perfido re Ghiaccio o il temibile Gattivo, in compagnia del suo magico cane Jake e salvano persone e altre cose. Aggiunse: *Io sono cresciuto insieme a Finn. Mi ha fatto in tristire pensarci: vorrei tornare più piccolo a vivere con Fin*. Interpretai il rapporto con Finn, oltre che alla relazione con la madre depressa, anche alla sua solitudine con la quale si era abituato a convivere fin dalla sua infanzia e che in adolescenza era ancor più insostenibile. Aggiunsi che probabilmente il mondo materno in cui era stato per troppo tempo immerso era un mondo che per alcuni aspetti sentiva freddo e persecutorio (Come il re Ghiaccio e Gattivo del suo cartone preferito) per cui si era rifugiato precocemente nella fantasia, con il suo compagno immaginario Finn, che oggi era rappresentato dal mondo digitale degli *anime* e dei *manga*. Ma i suoi amici, proprio perché gli volevano bene, cercavano di segnalargli che questa fuga dalla realtà non lo aiutava ad affrontare le

vere sfide dell'adolescenza, condivise proprio attraverso i videogiochi dai quali, infatti si era ritirato. Il problema era come salvare il mondo alla luce del nuovo assetto adolescenziale, ora che non c'era più il pensiero magico e fantastico a sostenerlo. Ascoltò molto attentamente quanto gli dicevo, lo vedi riflettere, animarsi, sciogliere l'espressione annoiata e difesa che solitamente lo caratterizza, sinceramente interessato a comprendersi. Chiusi la seduta parlandogli della sua scelta del ritiro. "Forse dovevi riconciliarti con te stesso e per questo hai voluto fermare tutto. Magari in questo tuo blocco c'è qualcosa di utile, nel senso che finalmente hai scelto di definirti non più in funzione della relazione con mamma, ma con quella con te stesso, che stai cercando nelle storie che leggi e che segui". Gli segnalai che si stava finalmente permettendo con me di avvicinare alcune delle questioni adolescenziali, come l'invidia per l'amico che era riuscito a farsi la ragazza. Aggiunsi che fino a che stava con Finn non poteva avvicinare l'altro e che il suo odio per il mondo e il piacere sadico per la generalizzazione della sua segregazione forse poteva essere collegato alla delusione nei confronti dei rapporti d'amore, primo fra tutti quello fra i suoi genitori, poi quello con gli amici e con il suo corpo; delusione che tendeva a generalizzare tanto da evitare di riprovare tale delusione evitando accuratamente di coinvolgersi in una relazione amorosa. Ritrovai anch'io speranza. Pensai che l'amore forse avrebbe potuto bonificare il suo odio pervasivo e disperato! Anche se mi sembrava azzardato decisi di toccare questo tasto e gli dissi che avevo il desiderio di vederlo in presenza, dopo i due mesi che avevamo fatto da remoto, e che ritrovare il piacere, come quello del confronto con me, avrebbe potuto bonificare il suo odio. Con mia grande sorpresa accettò di buon grado il mio invito a puntare sul nostro legame, come un punto da cui ripartire, e nella seduta successiva, qualche settimana prima delle feste natalizie, fece il sogno che segue, che sembrò essere un'associazione al mio azzardo:

Sto in discoteca con questa ragazza, sconosciuta, cominciamo a baciarcì in mezzo alla pista e ad un certo punto le mi "scioglie fra le braccia" rimangono le ossa e si fermano tutti a guardarmi.

Giacomo parlò della sua paura nei confronti delle ragazze (*di fare una figura di merda*), che non aveva mai guardato quando andava in

discoteca e poi affermò che il sogno poteva essere la metafora che stava facendo qualcosa di sbagliato. Si riferiva non solo alla sua insicurezza ma anche all'incolmabile diversità che sentiva con loro. Pensai che tutto ciò fosse legato anche alla nostra imminente separazione per l'interruzione delle vacanze natalizie - in particolare ipotizzai che la ragazza che si scioglie fra le sue braccia fosse il terapeuta, sciolto nel contatto con lui dalla sua rabbia e distruttività - ma non mi sembrava pronto per accettare un'interpretazione di transfert e decisi di restare sul tema delle ragazze e sulla sua difficoltà ad accettare di confrontarsi con l'altro diverso da sé. Nella penultima seduta prima dell'interruzione natalizia, Giacomo mi parlò del fatto che non aveva nessuna voglia di fare la seduta. Mi disse che non aveva niente da dire, si sentiva vuoto, *come un bidone*. Lo feci riflettere sui segnali che già aveva mandato nelle sedute precedenti di conflitto nei confronti della terapia e più specificatamente di sentimenti di rabbia connessi al rapporto con me, visto l'imminente separazione. Ammise con mia sorpresa la sua rabbia e gli dissi che forse era perché questa separazione arriva troppo presto, prima che lui potesse aver stabilizzato il rapporto con me, con il timore che il nostro rapporto potesse sciogliersi proprio quando stava finalmente prendendo consistenza. Gli dissi che ero disposto a sentirlo durante le vacanze, nella settimana fra Natale e Capodanno. Sorrise tranquillizzato. A questo punto ricordò un sogno fatto la notte stessa:

Ero ad un concerto, dov'ero il cantante di una band. Non ricordo la canzone, anche se ho in mente la sua melodia, pur essendo una canzone inesistente (come quando sogno di stare con delle ragazze che non ho mai incontrato nella realtà). Ho un outfit molto strano: un gilè di pelle e sotto una specie di reggiseno tipo fascia, ma non ho le tette, ho i jeans o forse un paio di pantaloni di pelle molto attillati, sono scalzo; ho i capelli lunghi. Nella band ci sono i miei amici: Giovanni che suona il basso, Dario la batteria e Francesco la chitarra. Giovani è mezzo nudo solo con i jeans, Dario ha una fascia in testa, Dario degli occhioletti piccoli e neri. Mentre canto prendo ad un certo punto da una ciotola una manciata di glitter rossi e me li butto in faccia.

Nelle associazioni Giacomo si animò affermando che sarebbe bellissimo se veramente sapesse cantare e se potesse suonare insieme al suo gruppo. Gli chiesi che ne pensava dell'abbigliamento che aveva nel sogno. Rispose che era un po' il marchio di fabbrica di Davide Bowie, artista che a suo avviso aveva una delle più belle performance in assoluto degli anni Settanta. Aggiunse che anche i *glitter* rimandano a lui e al fulmine rosso dipinto sul suo viso. Potei interpretargli dove il suo desiderio di ritrovarsi con il tuo gruppo per fare insieme qualcosa di bello. Sui glitter che si buttava in faccia associò il videoclip della canzone *Paranoic android*²⁵ di cui avevamo parlato in una seduta precedente:

a mio avviso è la canzone per eccellenza per rappresentare l'umanità di oggi e come va il mondo, il personaggio principale prima di uscire di casa si fa la doccia strofinandosi poi lo shampoo sugli occhi. Ogni giorno dobbiamo riavvolgere il nastro e cominciare da capo nonostante tutta la merda che abbiamo visto, pulirsi la retina, sopportando tutto lo schifo che c'è nel mondo.

Collegò tale degrado alla pandemia e al suo conseguente isolamento. Potei a questo punto interpretargli che la sua speranza di non restare *con la merda sugli occhi* era ancora viva dentro di te. Forse, aggiunsi, era collegata al tuo desiderio di non farsi accecare dalla rabbia per essere lasciato solo da me nelle imminenti vacanze e infatti aveva avuto bisogno all'inizio della seduta di rassicurarsi che io fossi raggiungibile, così come nel sogno si era rassicurato di poter ricongiungersi con i suoi amici e non lasciarsi più così solo come aveva fatto con il suo ritiro conseguente al lockdown. A fine seduta ho sentito con soddisfazione che questa interpretazione permetteva di collegare gli argomenti delle ultime sedute (sogni precedenti, *Paranoic Android*) con il tema dell'imminente separazione, con quello della relazione di transfert con me e, infine, con il sintomo principale del paziente relativo al suo odio e al suo ritiro sociale nella pericolosa area dell'autosufficienza, promossa dall'esperienza del primo *lockdown*.

²⁵ È un brano del 1997, cantato da Jools Holland.

Andrea l'insofferente ed il contenimento coatto del lockdown

Andrea arrivò in terapia all'età di 16 anni su invio di una collega del servizio pubblico, che lo aveva visto per un certo periodo in valutazione. Il ragazzo una settimana prima del nostro primo incontro (circa due anni fa) fu stato portato in pronto soccorso per coma etilico. Arrivò accompagnato dal padre, il quale aveva lo sguardo di chi aveva visto morire il proprio figlio! Andrea non nascose durante il nostro incontro, una volta uscito il padre dalla stanza, di fare intenso uso di marijuana e di sballarsi abbastanza frequentemente con un mix di alcool e sostanza. Si era aggregato ad un gruppo di amici dediti alle risse, allo spaccio e a piccoli reati. Addebitava tutto ciò a quella che definì *la grande tragedia della sua vita*: a 12 anni aveva scoperto di avere il diabete mellito. Fù allora che decise di cambiare vita, di smettere di fare il "bravo ragazzo", com'era stato fino a quel momento, fino ad arrivare verso i 14 anni alla ribellione totale nei confronti dei genitori e alle trasgressioni estreme. Viveva la propria malattia come *una disgrazia*, un marchio di indegnità, per cui cercava di tenerla nascosta a tutti, soprattutto agli amici e ai compagni di classe, nei confronti dei quali viveva nel continuo terrore che potessero scoprirlo. Reputava la propria esistenza ormai irreversibilmente rovinata da tale malattia e di conseguenza aveva scelto di vivere alla giornata: affermava che non gli importava più nulla di rischiare continuamente la morte con i suoi eccessi. Di conseguenza aveva deciso di abbandonare il calcio dove stava esordendo con buoni risultati e con esso abbandonò anche il mondo paterno: infatti il padre aveva un'associazione giovanile che promuoveva il calcio fra i ragazzi. Andrea era un ragazzo di pochissime parole, abituato ad esprimersi più con l'azione (*l'acting* per l'esattezza) che con il linguaggio, che aveva sposato la cultura di strada: immerso in risse, scazzottate e guerre fra bande, completamente disinteressato alla scuola, senza passato né futuro, privo di ogni speranza. Visti i suoi gravi comportamenti a rischio decisi, d'accordo con lui, di vedere nell'incontro di restituzione anche i genitori, per concordare il progetto terapeutico. A fronte di un padre disperato ed esasperato, trovai una madre arrabbiata e rancorosa nei confronti del figlio. L'oggetto principale del suo risentimento verso il figlio sembrava essere il suo scarso rendimento scolastico e il suo non rispettare le loro regole (lamentò che usciva da casa senza il loro permesso, si ritirava molto tardi, a volte anche in evidente stato di ubriachezza). Ma sentivo che questo era solo il livello più superficiale della sua rabbia, e che esso fosse

motivato al livello più profondo da altro, che all'epoca non avevo modo di valutare e che poi capirò avere a che fare con il fatto che il figlio fosse malato: la madre, come il figlio, non riusciva in alcun modo ad accettare la malattia del ragazzo e forse a qualche livello gliene dava la colpa. La disperazione e l'impotenza paterna insieme al rifiuto e alla colpevolizzazione materna rappresentavano probabilmente la miscela esplosiva che animava le trasgressioni estreme del ragazzo e la sua incapacità di accettare la propria malattia. Decidemmo così di avviare un trattamento che, nonostante le iniziali difficoltà del ragazzo di verbalizzare i propri vissuti, nel corso del tempo raggiunse una buona alleanza di lavoro, permettendo al ragazzo di conquistare una buona fiducia nella relazione terapeutica e una notevole intimità comunicativa riferita principalmente al suo esordio nelle relazioni sessuali con le ragazze. Tale decorso positivo della relazione terapeutica non intaccò i comportamenti a rischio del ragazzo, anche a causa del proseguimento della relazione con il gruppo-banda. Le cose cambiarono grazie al primo *lockdown* della primavera del 2020: costretto a restare chiuso in casa e dunque ad interrompere la frequentazione del suo gruppo antisociale Andrea dismise velocemente i propri comportamenti a rischio. Riesci a seguire le lezioni a distanza e a recuperare il rendimento scolastico, quando nel primo quadrimestre aveva accumulato gravi insufficienze e un numero elevato di assenze e ridusse drasticamente l'uso di sostanze. Visse con grande difficoltà le sedute da remoto che non aveva voluto fare con *Skype* per la sua scarsa dimestichezza con il computer preferendo il cellulare. Al telefono era laconico come all'inizio del trattamento in presenza, faceva molte pause e i suoi lunghi momenti di silenzio erano difficili da sostenere per entrambi. Mi chiedeva a volte di concludere prima del tempo la seduta per la sua difficoltà a sostenere tutto ciò. Con mia grande sorpresa, nonostante questi problemi di comunicazione a distanza, riuscimmo a mantenere la continuità delle sedute nei tre mesi di *lockdown*. Nel frattempo il ragazzo riuscì a recuperare il rapporto con i genitori (che si era completamente deteriorato negli anni precedenti) e con il fratellino di dieci anni con il quale trascorreva lunghi pomeriggi a giocare alla *play station*. Superò l'anno scolastico anche se con due debiti (era destinato alla bocciatura!). Sembrava che Andrea non più soggetto alla pressione del gruppo antisociale fosse potuto regredire, in questo caso in maniera benefica, alla relazione con la famiglia e recuperare un assetto più autentico. Ciò mi fece ipotizzare che sul gruppo-banda Andrea avesse proiettato una

sua parte fallica, nel tentativo di realizzare un'identità posticcia di mascolinità ipercaricaturale che gli permettesse di recuperare il valore di sé e il potere sul mondo. Ebbi la possibilità in una seduta in cui era particolarmente associativo di interpretargli tutto ciò dicendogli semplicemente che forse la restrizione coatta in casa per il *lockdown* aveva fatto emergere quanto lui fosse diverso dai suoi amici, che forse lui *era di un'altra pasta*. In maniera ironica aggiunsi: *A te servirebbero tanti di questi lockdown per toglierti da certe situazioni che ti stesso fai fatica a sostenere e farti rigare dritto!* Conclusosi il primo *lockdown* a maggio 2020 Andrea usufruì per un po' di tempo dei benefici della restrizione: a giugno riuscì a studiare per recuperare le due materie in cui aveva preso il debito, superando a luglio l'esame di ammissione all'anno successivo, trascorse l'estate a lavorare come animatore in un centro estivo e si iscrisse alla scuola guida per conseguire la patente auto. In autunno progressivamente riprese la sua vecchia vita sregolata: riiniziò a non frequentare la scuola e a non collegarsi alla DAD quando ricominciarono le restrizioni. In quella fase eludeva i divieti riunendosi clandestinamente con gli amici in un campeggio che affittava i *bungalow* a quattro ragazzi per volta, i quali nonostante il coprifuoco la sera si riunivano a decine nei diversi *bungalow* per bere, usare sostanze e fare sesso. L'assenza di un vero *lockdown* (come fu il primo che prevedeva semplicemente di "restare a casa"⁹) aprì la strada alle facili trasgressioni, poichè il secondo *lockdown* lasciava ai ragazzi la responsabilità di regolarsi autonomamente. In assenza di capacità autoregolatorie inevitabilmente gli adolescenti si lasciavano andare alla trasgressione. Andrea accumulò nuovamente un forte ritardo nella preparazione scolastica, tanto da compromettere il conseguimento del diploma. Ma progressivamente il fatto che nel frattempo i genitori avevano avviato una loro psicoterapia specificatamente orientata al sostegno alla genitorialità e la costanza con cui partecipava al proprio percorso terapeutico gli permisero di acquisire alcuni successi: riuscì a superare l'esame di teoria della patente e riuscì soprattutto a conquistare l'astinenza dall'uso di sostanze. Salutò questi successi con un nuovo tatuaggio: un teschio che si legava ad un vecchio tatuaggio della testa di leone realizzato nel primo anno di terapia. Gli interpretai che, se in passato doveva rassicurarsi di trovare in sé la forza del leone per la paura dell'impotenza generata sia dalla sua malattia che dalle sue condotte autodistruttive, adesso con il teschio poteva celebrare il superamento dell'angoscia di morte che quegli antichi comportamenti a rischio

generavano in lui.

Commento

Sembra che la pandemia con la sua specifica caratteristica di produrre isolamento e rendere l'altro un potenziale untore, un nemico da cui difendersi attraverso l'autoreclusione, abbia provocato negli adolescenti una specifica sofferenza il cui comune denominatore, almeno nei tre casi segnalati, sia riferibile proprio al *rievocare il danno nella relazione con l'Altro*: l'altro untore e portatore del pericoloso virus per Antonio, l'altro abbandonico e portatore di depressione per Giacomo, l'altro infantilizzante e portatore di malattia somatica per Andrea. Per tali motivi questi tre ragazzi non potevano che vivere male la pandemia che amplificava in tutti e tre il vissuto traumatico di essere già stati considerati degli "appestati": per l'AIDS per Antonio, per l'handicap del fratello per Giacomo, per il diabete per Andrea. Ognuno dei tre si era sentito ingiustamente colpevolizzato e perseguitato per qualcosa di cui si sentivano in colpa, anche se intuivano di non averne la responsabilità, poichè essa gli era stata comunque scaricata addosso dai genitori. A causa di tale iperresponsabilizzazione tutti e tre i ragazzi in visione non potevano prendersi la responsabilità che, invece, competeva loro: quella di costruire se stessi, bloccando così il processo di soggettivazione e precipitando nel *breakdown evolutivo*. Ecco che il Coronavirus diventò per tutti e tre l'emblema del loro trauma: esso aveva il potere di evocare il vuoto, la rabbia e il dolore che l'Altro aveva generato in loro. Il trattamento analitico, mettendo al centro della scena la relazione con l'Altro, e imponendo il compito della costruzione del legame (compito reso ancora più difficoltoso dalla distanza) ha avuto per tutti e tre i ragazzi la funzione di promuovere il lavoro dell'adolescenza, cioè di rimettere in moto il lavoro creativo di costruzione del proprio originale Sé.

BIBLIOGRAFIA

BION W.R. (1965). *Trasformazioni. Il passaggio dall'apprendimento alla crescita*. Roma: Armando, 1979.

BION W.R. (1970). *Attenzione ed interpretazione*, Armando, Roma 1973.

- BIONDO D. (2008a). *Fare gruppo con gli adolescenti*. Milano: FrancoAngeli.
- BIONDO D. (2008b). “Fallimento della funzione paterna e inquietudine adole-lescente». *AeP Adolescenza e Psicoanalisi*, III, 2, pp. 47-66.
- BIONDO D. (2020a). *Gruppo Evolutivo e branco*. Milano: FrancoAngeli.
- BIONDO D. (2020b). Il patto di convivenza civile alla prova del lutto e del trauma riflessioni a margine dell'emergenza Coronavirus. *Psiche*. 2. 483-494.
- BOLLAS C. (1996). *Cracking Up*. Milano: Cortina.
- BOLOGNINI S. (2020), La mente, in *La Repubblica*, 13 marzo 2020.
- CABRÈ L.J.M. (2014). Relazione presentata nel Seminario AFPP CSMH-AMHP- PIA SIPP SPI-CPF “*Divenire soggetti fra traumi e riparazioni*», Firenze.
- CHASSEGUET-SMIRGEL J. (1985). *Creatività e perversione*. Milano: Cortina, 1987.
- DI IORIO R., BIONDO D. (2009). *Sopravvivere alle Emergenze – Gestire i sentimenti negativi legati alle catastrofi ambientali e civili*, Magi Editore, Roma.
- DI IORIO R., BIONDO D., (2011). *Psicosoccorso – Dall'incidente stradale al terremoto*. Magi Editore, Roma.
- DI IORIO R., GIANNINI A.M. (2018). *Stare con il dolore in emergenza*. FrancoAngeli.
- FALCI A. (2020). *Ciò che ci rende umani, malgrado tutto*, in *Huffington blog*, <https://www.spiweb.it/stampa/huffington-blog-28-04-20-cio-che-ci-rende-umani-malgrado-tutto-falci/>
- GUTTON PH. (1997). Le pubertaire, ses sources, son devenir. In: M. Perret- Catipovic e F. Ladame. *Adolescence et psychanalyse: une histoire*. Lausanne: Delachaux & Niestlè, pp. 193-212.
- GUTTON PH. (2006a). Adolescence démasquée. *Adolescence*, 24, 3, 573-591. Trad. It Maria Francesca Natali, Adolescenza Smascherata (2020) In *AeP-Adolescenza e Psicoanalisi*, n. 2, 41-58
- GUTTON PH. (2006b). Parentalité. In *Adolescence*, 24, 2, pp. 9-24.
- GUTTON PH. (2008). *Il genio adolescente*, Roma: Edizioni Magi.
- HOROWITZ M., (1999). *Essential papers on posttraumatic stress disorder*, New York, New York University Press.

- KHAN M.M.R. (1974). *Lo spazio privato del sé*. Torino: Bollati Boringhieri, 1979.
- KRYSTAL H., (1988-1993). *Affetto, trauma, alessitimia*. Roma Magi Edizioni, 2007.
- INFRASCAR., (1995). Il disturbo da attacchi di panico. Un approccio clinico psicodinamico. In *Quaderni italiani di Psichiatria*, XIV,1-2.
- ISTITUTO DEMOPOLIS, CON I BAMBINI (2020). *GLI ITALIANI E LA POVERTÀ EDUCATIVA MINORILE NELL'ERA COVID-19 (Vissuti, percezioni, bisogni emergenti dell'opinione pubblica)*
- IPSOS, SAVE THE CHILDREN, (2020). *I giovani ai tempi del Coronavirus. Report finale*.
- LAUFER E., EGLÈ M. (1984). *Adolescenza e breakdown evolutivo*. Torino: Bollati Boringhieri, 1986.
- LUPINACCI M.A., BANCHERI L. (2019). “Un caso particolare di impasse e la Griglia di Bion come strumento di lavoro». In *Rivista di Psicoanalisi*, LXV, 3, pp. 529-547.
- MCDUGALL J. (1968). Scène primitive et scénario pervers. In *Le spectateur anonyme. L'incoscient*, 6, pp. 51-69.
- PARSON, E. R. (1988). Post-traumatic self disorders. In J. Wilson, Z. Harel, and B. Kahana (eds.), *Human adaptation to extreme stress: From the Holocaust to Vietnam*. New York: Plenum.
- PARSON, E. R. (1990). Post-traumatic demoralization syndrome (PTDS). In *Journal of Contemporary Psychotherapy*, vol. 20, 17-33.
- SGARRO M., (1997). *Post Traumatic Stress Disorder. Aspetti clinici e psicoterapie*, Roma, Edizioni Kappa,
- VAN DER KOLK B. (2014), *Quando il corpo accusa il colpo*, Milano, Raffaello Cortina.
- WINNICOTT D.W. (1971). *Gioco e realtà*. Roma: Armando.

4. RIFLESSIONI SULL'IMPATTO PSICOLOGICO DEL COVID-19 SULLA POPOLAZIONE INFANTILE E ADOLESCENTE

Virginia Martino

Dall'esordio della pandemia da COVID-19, studiosi e ricercatori lavorarono per comprendere ed analizzare dinamiche strettamente connesse con la diffusione del virus, dinamiche psicologiche che toccarono la popolazione mondiale. Questo elaborato è il frutto di una riflessione che nacque proprio dai contributi scientifici di diversi autori sugli effetti psicologici del COVID-19 su bambini e adolescenti in particolare. Questi ultimi, proprio per la fase evolutiva che si trovano a vivere, sono una popolazione estremamente sensibile ai cambiamenti. Eventi così drammatici, come la pandemia, hanno un effetto su di loro che potrebbe lasciare un segno per tutta la vita, motivo per cui può essere utile interrogarsi sulle variabili che incidono sul benessere psicologico di bambini e adolescenti. Proprio in questa prospettiva, nei prossimi paragrafi si prenderanno in considerazione la scuola, i genitori e le famiglie ed il distanziamento sociale nel contesto della pandemia COVID-19 in relazione a bambini e adolescenti.

A. LA SCUOLA

La scuola è per molti bambini e adolescenti, un porto sicuro, non solo un luogo di apprendimento accademico, ma un luogo di crescita, un luogo in cui incontrare adulti pronti ad accoglierli ed a supportarli in periodi delicati della loro vita come questo. Il ruolo della scuola è ancora più fondamentale per bambini che vivono nelle mura domestiche situazioni di maltrattamento, abuso o privazione. Alcune ricerche svolte negli Stati Uniti riportarono che di un campione di bambini e adolescenti, dai 2 ai 17 anni, la metà aveva subito una aggressione fisica ed 1/8 maltrattamenti (Finkelhor *et al.* 2005).

Tutelare la salute mentale di bambini e adolescenti che vivono situazioni traumatiche ha un impatto fortemente preventivo, le conseguenze bio-psico-sociali che eventi avversi possono avere su questa popolazione sono numerose: danni a livelli dello sviluppo emotivo,

cognitivo e sociale; discontinuità nel neuro-sviluppo; adozione di condotte ad alto rischio personale; malattie, problemi sociali e disabilità; infine, anche morte prematura (Ports 2016).

La scuola ha la potenzialità enorme di poter raggiungere e prendersi cura di un enorme bacino di utenza, sarebbe prezioso riconoscere l'importanza di organizzare proprio a scuola programmi di informazione sul trauma e politiche di attenzione per soggetti a rischio. Si tratterebbe anche di formare il personale scolastico rispetto ad alcuni segni e sintomi che possono evidenziare negli studenti segnali di allarme di un disagio psicologico, di una sofferenza legata ad un evento traumatico, in modo tale che possano rispondere ai loro bisogni efficacemente (Phelps & Sperry 2020).

Durante la pandemia da COVID-19, la scuola si preoccupò e si impegnò considerevolmente per assicurare a bambini e adolescenti una continuità nell'apprendimento accademico: si pensi al grande sforzo fatto per inserire metodi di didattica a distanza, piattaforme virtuali che permisero di ricreare un senso di classe anche se su uno schermo; l'aggiornamento forzato che fecero con estrema fatica alcuni docenti per adeguarsi alle nuove tecnologie loro per primi ed anche il loro insegnamento. Purtroppo, venne dedicato meno spazio per riflettere su come supportare i bambini a relazionarsi con questa distanza dalla scuola, soprattutto per bambini e adolescenti che vivevano in condizioni domestiche e familiari deprimenti: la scuola entrava dentro casa attraverso il computer (almeno per coloro che ne possedevano uno), ma non allo stesso modo riusciva a dare quello spazio sicuro ed altro dalla famiglia, fondamentale per tutelare il loro benessere mentale. Così sembrò che il successo accademico passasse in primo piano rispetto alla salute mentale (Phelps & Sperry 2020).

La risposta di un bambino ad un evento traumatico, in questo caso la pandemia, dipende da diverse variabili: alcune di natura individuale, come il funzionamento cognitivo ed il suo temperamento, le esperienze di vita precedenti; altre riferite al tipo di trauma, al suo impatto ed alla prossimità di esposizione; la possibilità di poter godere del supporto e della vicinanza di un adulto emotivamente presente; il riuscire a mantenere, nonostante l'evento traumatico, una routine giornaliera (Kilmer, Gil-Rivas & Hardy 2013).

La pandemia fu un evento traumatico paragonabile ad una guerra

con un nemico invisibile: tutta la popolazione era coinvolta a combattere, ad ostacolare la diffusione del virus, adottando dispositivi di protezione individuale, rispettando le distanze di sicurezza ed assumendo comportamenti igienici appropriati; tutta la popolazione era anche occupata a difendersi in prima persona ed era preoccupata per i propri cari, anche loro al fronte.

La pandemia potrebbe essere stata vissuta da bambini e adolescenti come un vero e proprio trauma cumulativo, che ha conseguenze molto severe sul loro sviluppo (Phelps & Sperry 2020).

Vista l'ampiezza dell'impatto della pandemia, non solo a livello geografico, ma a livello della salute mentale delle persone, colpite in diverse aree della propria vita, aspetti che contribuiscono al benessere, all'equilibrio di ciascuno, sarebbe necessario un piano di intervento ecologico, che incida su fattori ambientali e che veda come contesto di intervento anche la scuola, con progetti di attività con chiari obiettivi a breve e lungo termine (*Ibidem*).

L'impatto delle restrizioni sociali dovute al COVID-19 ebbe un forte impatto sulla salute mentale della popolazione in età evolutiva. Si registrò un significativo aumento di sintomi depressivi ed ansia (Duan *et al.* 2020), in aggiunta i mesi di isolamento, in particolare quelli di *lockdown* più severo, contribuirono ad un aumento vertiginoso della diffusione di disturbi del comportamento con manifestazioni di disattenzione ed irritabilità (Jiao *et al.* 2020).

Rispetto alle difficoltà di controllo e regolazione dell'attenzione, da parte di bambini, la didattica a distanza comportò ulteriori sfide: in un contesto educativo normale, non-pandemico, la scuola si offre come contenitore, fisico e mentale, per supportare l'apprendimento, è un luogo sicuro (dovrebbe esserlo nel migliore dei casi), accogliente, stimolante e sicuramente facilitante la concentrazione, ci si potrebbe interrogare rispetto a quanto sia riuscita ad esserlo nella modalità virtuale.

Diversi studi sottolinearono la relazione tra regolazione emotiva e disturbo dell'attenzione (Kanske *et al.* 2012, Eisenberg *et al.* 2004); una ricerca in particolare ha cercato di fare luce sulla relazione tra le competenze sociali, la capacità di regolazione emotiva ed il controllo dell'attenzione nei bambini (Teal, Raffaele *et al.* 2021), proponendo degli spunti di riflessione interessanti rispetto a quanto gli *stressor*

emotivi originati dalla pandemia possano aver avuto effetti significativi sulla capacità di concentrazione dei bambini. Gli autori evidenziarono come sia fortemente consigliato programmare degli interventi a scuola che lavorino in particolare sulla regolazione emotiva e la riduzione dell'ansia e dello stress per supportare i bambini durante la pandemia COVID-19. Proponevano, per esempio interventi di *Mindfulness* e di meditazione guidata, sottolineandone l'efficacia anche nella modalità a distanza, tramite video (Ahmad *et al* 2020).

B. I GENITORI E LE FAMIGLIE

Potrebbe essere interessante, sempre tenendo il focus sull'impatto psicologico del COVID-19 e della pandemia su bambini ed adolescenti, valutare e riflettere sul loro ambiente di crescita. Ripensare il concetto di *parental burnout* alla luce degli eventi della pandemia, può offrire una prospettiva più ampia rispetto all'insorgenza di alcuni sintomi o patologie dell'età evolutiva in questo particolare momento storico.

Già nei primi mesi dallo scoppio della pandemia molte famiglie si trovarono ad affrontare delle vere e proprie rivoluzioni della loro routine quotidiana: la chiusura della scuola, la chiusura di servizi di dopo scuola, palestre, centri sportivi-educativi. Inoltre, anche l'economia familiare, si poté immaginare, aver subito un notevole scossone. Alcuni genitori avrebbero potuto perdere il proprio posto di lavoro oppure aver subito una riduzione del proprio stipendio.

Si fa riferimento al *parental burnout*, quando i genitori invece che vivere momentanei, transitori stati di stress o di difficoltà rispetto al loro ruolo, si trovano a dover gestire delle richieste, ambientali e dai loro figli, sentendo di non avere adeguate risorse per rispondervi. Si tratta di una condizione tale per cui i genitori si sentono fisicamente e mentalmente esausti, presentando alcuni sintomi di malessere fisico o difficoltà a dormire, si sentono emotivamente distanti dai propri figli e sperimentano un forte senso di incompetenza per il loro ruolo, talvolta possono anche verbalizzare la sensazione di sentirsi in trappola in una situazione scomoda dalla quale non vedono via di uscita (Griffith 2020).

Tra i fattori di rischio associati al *parental burnout* si annoverano la disoccupazione di uno o di entrambi i genitori, il vivere una condizione

finanziariamente instabile, un basso livello di sostegno sociale sia da parte della famiglia che dagli amici. Tutti questi fattori, in qualche modo, furono potenzialmente presenti durante la pandemia e contribuirono ad aumentare il rischio di *parental burnout*. Venne dimostrato che il benessere psicologico di genitori e bambini nel periodo successivo al primo *lockdown* fu strettamente correlato al numero di situazioni critiche, difficoltà economiche e familiari, che dovettero affrontare. Sarebbe stato per questo importante preoccuparsi di fare uno *screening*, magari collaborando con pediatri o medici di base, per tutelare quelle famiglie che si sono trovate più in difficoltà o in condizioni di vulnerabilità, assicurandosi che la loro situazione non peggiorasse (Gassman-Pines *et al.* 2020).

La salute mentale ed il benessere dei genitori è strettamente legato a quello dei figli, genitori che sperimentano *parental burnout* sono più predisposti a far crescere i figli in situazioni di abuso o di privazione e trascuratezza: prendersi cura della loro salute significa anche proteggere bambini ed adolescenti (Brianda *et al.* 2020). Muovendosi quindi in un'ottica di prevenzione, potrebbe essere utile avvalersi di strumenti di *assessment* del *parental burnout*, quali: il *Parental Burnout Inventory* (Roskam *et al.* 2017) ed il *Parental Burnout Assessment* (Roskam *et al.* 2018).

Tra gli interventi che hanno luogo per e nelle famiglie vi è il SISMIF: il Servizio per l'Integrazione ed il Sostegno ai Minori In Famiglia. È un servizio socio-educativo che viene richiesto dai servizi sociali ed erogato da cooperative sociali, associazioni o enti accreditati. Con l'entrata in vigore delle misure restrittive per la pandemia COVID-19, il Servizio dovette riorganizzarsi, valutando insieme alle famiglie la continuazione o meno l'intervento. Molte famiglie decisero di sospendere l'intervento, poi invece alcune decisero di riprendere gli incontri riorganizzandosi in modalità a distanza (Amicosante *et al.* 2020). Quel momento di riassetto richiesto all'istituzione divenne un'occasione per riflettere sul mandato del servizio: mantenere legami familiari e parallelamente valutare l'idoneità genitoriale, per la quale si intende comprendere se l'ambiente familiare è adatto o meno alla crescita del minore, per decidere quindi se favorirne la permanenza o consigliarne l'allontanamento. Il grande cambiamento, avvenuto in alcune famiglie durante la pandemia, fu quello di riappropriarsi della committenza dell'intervento, esprimendo il desiderio di rimanere in contatto con gli operatori, entrando in

sintonia con il proprio bisogno di supporto. Il SISMIIF accolse la domanda di rapporto dell'utenza, riorganizzandosi anche in modalità nuove di intervento, dove il senso di domicilio, di intervento a casa era saltato proprio a causa della pandemia, coltivando il desiderio di vedersi anche quando stare insieme, fisicamente, era vietato. Il SISMIIF in conclusione inquadrò come un nuovo obiettivo possibile dell'intervento, nato in un momento di grande difficoltà per via della pandemia, quello che le famiglie diventassero appunto committenti dell'intervento stesso (*Ibidem*).

C. IL DISTANZIAMENTO SOCIALE

Il distanziamento sociale, obbligato come forma immediata e drastica di contenimento del rischio del contagio e quindi dell'esponentiale diffusione del virus ad una velocità ancora maggiore di quella che abbiamo sperimentato, venne pagato con un prezzo alto a spese della salute mentale e fisica di bambini ed adolescenti (Saulle *et al.* 2021).

L'accesso ai servizi sanitari ed assistenziali, limitato anche dalla necessaria riorganizzazione dei servizi che aumentarono le regole di accesso, registrò un repentino crollo dei ricoveri ai Pronto Soccorso, con un significativo aumento della percentuale di incidenti domestici, tra cui traumi cranici spesso correlati ad indagini per situazioni di abuso o violenza domestica (Sidpra 2021).

Il cambiamento della *routine* di bambini ed adolescenti comportò variazioni significative anche sull'adozione di comportamenti correlati con la salute.

Si registrò un aumento non trascurabile del tempo passato con *tablet* o *pc*, in aggiunta chiaramente al tempo dedicato alla didattica a distanza. In particolare, il tempo passato sui *social media* fu quasi raddoppiato (Ellis *et al.* 2020).

Rispetto all'alimentazione si riscontrò un incremento nell'acquisto e consumo di alimenti come bevande zuccherate, carni rosse e patatine fritte e snack poco salutari ed una riduzione di alimenti come frutta e verdura nella dieta quotidiana (López-Bueno *et al.* 2020), con conseguente aumento della percentuale di obesità nella popolazione in età

evolutiva. L'aumento del peso fu collegato anche con l'inevitabile riduzione delle attività sportive extra-scolastiche (Saulle *et al.* 2021). Il sonno anche risentì delle restrizioni dovute al distanziamento sociale ed al primo *lockdown*: venne registrata una diminuzione della durata e della qualità del sonno in bambini di età prescolare (Dellagiulia *et al.* 2020).

Gli aspetti della vita di bambini ed adolescenti che risentirono delle misure restrittive e di distanziamento furono numerosissimi, si potrebbe pensare che riguardarono in realtà quasi tutte le aree della loro vita, sarà necessario valutare sul lungo termine il prezzo che la popolazione infantile dovrà scontare. Da un lato il distanziamento sociale bloccò significativamente la diffusione del virus, dall'altro le conseguenze sulla salute mentale e fisica di bambini ed adolescenti non sono trascurabili. Proteggersi dal virus è stato importante, fondamentale, ma le Istituzioni ed i professionisti dell'ambito sanitario avrebbero dovuto chiedersi: ma a che prezzo? Con uno sguardo lungimirante verso il futuro.

La campagna vaccinale, da questo punto di vista, portò una grande svolta: la riapertura delle scuole, la possibilità di rincontrarsi fuori di casa, di uscire, di tornare a fare attività sportive ed aggregative. Sicuramente la qualità della vita di bambini ed adolescenti ne risentì positivamente, questo potrebbe essere un argomento interessante da continuare ad approfondire.

BIBLIOGRAFIA

AHMAD, F., EL MORR, C., RITVO, P., OTHMAN, N., MOINEDDIN, R., & MVC TEAM (2020), An eight-week, web-based mindfulness virtual community intervention for students' mental health: Randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 7(2), e15520.

AMICOSANTE, E., BARBIZZI, L., BERNARDINI, G., BIANCO, M., PANTANI, G., RICCHIUTO, S., ... SPIROPULOS, S. (2020), L'intervento psicoanalitico psicosociale entro un servizio di assistenza domiciliare per minori durante l'emergenza sanitaria COVID-19 [The psychoanalytic psychosocial intervention in a home-based service for minors during COVID-19]. *Quaderni della Rivista di Psicologia*

Clinica, 8(1), 21-32.

BRIANDA, M. E., ROSKAM, I., GROSS, J. J., FRANSSEN, A., KAPALA, F., GERARD, F., & MIKOLAJCZAK, M. (2020), Treating parental burnout: Impact of two treatment modalities on burnout symptoms, emotions, hair cortisol, and parental neglect and violence. *Psychotherapy and Psychosomatics*, Advanced online publication.

DELLAGIULIA A., LIONETTI F., FASOLO M., VERDERAME C., SPERATI A., ALESSANDRI G. (2020), Early impact of COVID-19 lockdown on children's sleep: a 4-week longitudinal study. *J Clin Sleep Med*, 16: 1639-40.

DUAN, L., SHAO, X., WANG, Y., HUANG, Y., MIAO, J., YANG, X., & ZHU, G. (2020), An investigation of mental health status of children and adolescents in China during the outbreak of COVID-19. *Journal of Affective Disorders*, 275, 112–118.

EISENBERG, N., CHAMPION, C., & MA, Y. (2004), Emotion related regulation: an emerging construct. *Merrill Palmer Quarterly*, 50(3), 236–259.

ELLIS W.E., DUMAS T.M.. (2020), Physically isolated but socially connected: psychological adjustment and stress among adolescents during the initial COVID-19 crisis. *Can J Behav Sci*, 52: 177- 87.

FINKELHOR, D., ORMROD, R., TURNER, H., & HAMBY, S. L. (2005), The victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. *Child Maltreatment*, 10, 5–25.

GASSMAN-PINES A, ANANAT EO, FITZ-HENLEY II J. (2020), COVID-19 and parent-child psychological well-being. *Pediatrics*.

GRIFFITH, A.K. (2022), Parental Burnout and Child Maltreatment During the COVID-19 Pandemic. *J Fam Viol* 37, 725–731.

JIAO, W. Y., WANG, L. N., LIU, J., FANG, S. F., JIAO, F. Y., PETTOELLO-MANTOVANI, M., & SOMEKH, E. (2020), Behavioral and emotional disorders in children during the COVID-19 epidemic. *Journal of Pediatrics*, 221, 264–266.

KANSKE, P., & KOTZ, S. A. (2012), Effortful control, depression, and anxiety correlate with the influence of emotion on executive attentional control. *Biological Psychology*, 91(1), 88–95.

KILMER, R. P., GIL-RIVAS, V., & HARDY, S. J. (2013), Students responding to natural disasters and terrorism, in E. Rossen & R. Hull, a cura di, *Supporting and educating traumatized children: A guide for educators and professionals*. New York, NY: Oxford University Press.

- LÓPEZ-BUENO R., LÓPEZ-SÁNCHEZ G.F., CASAJÚS J.A. (2020), Health-related behaviors among school-aged children and adolescents during the Spanish COVID-19 confinement. *Front Pediatr*, 8: 573.
- PHELPS, C., & SPERRY, L. L. (2020), Children and the COVID-19 pandemic. *Psychological trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S73-S75.
- PORTS, K. A., FORD, D. C., & MERRICK, M. T. (2016), Adverse childhood experiences and sexual victimization in adulthood. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 51, 313–322.
- ROSKAM, I., RAES, M.-E., & MIKOLAJCZAK, M. (2017), Exhausted parents: development and preliminary validation of parental burnout inventory. *Frontiers in Psychology*, 8, 163.
- ROSKAM, I., BRIANDA, M. E., & MIKOLAJCZAK, M. (2018), A step forward in the conceptualization and measurement of parental burnout: the parental burnout assessment (PBA). *Frontiers in Psychology*, 9, 758.
- SAULLE, R., MINOZZI, S., AMATO, L., DAVOLI, M. (2021), Impatto del distanziamento sociale per COVID-19 sulla salute fisica dei giovani: una revisione della letteratura. *Recenti Progressi in Medicina*, 112(5), p. 347-359.
- SIDPRA J, ABOMELI D, HAMEED B, BAKER J, MANKAD K. (2021), Rise in the incidence of abusive head trauma during the COVID-19 pandemic. *Arch Dis Child*; 106: e14.
- TEAL RAFFAELE, C., KHOSRAVI, P., PARKER, A., GODOVICH, S., RICH, B., ADLEMAN, N. (2021), Social–Emotional Attention in School-Age Children: A Call for School-Based Intervention during COVID-19 and Distance Learning. *Children & Schools*, Volume 43, Issue 2, 107–117.

5. GLI OSTACOLI INCONTRATI DELLE PERSONE CON DISABILITÀ DURANTE LA PANDEMIA

Stefano Migliorisi, Carla Mazzolini,
Veronica Pasquariello, Assunta Zaffino

A. DISABILITÀ E LOCKDOWN

Durante il primo *lockdown*, con l'interruzione dell'assistenza domiciliare, del servizio dei centri diurni e la reclusione forzata le dinamiche conflittuali psicologiche si sono acuite. Le privazioni delle famiglie sono diventate enormi. Pensiamo ai bambini e ai ragazzi con problematiche psicofisiche e/o con problemi relazionali, al loro non vedersi garantite, almeno in una prima fase, le uscite fuori di casa negli spazi pubblici.

Cosa ci ha insegnato la pandemia? Che il mondo non era pronto ad affrontare un contagio globale. Non è stato in grado di proteggere le categorie più deboli della popolazione, tra cui le persone diversamente abili. Questo è stato confermato da un rapporto pubblicato da poco basato su 134 Paesi, soprattutto europei, dell'Africa Orientale e del Nord America, che ha coinvolto oltre duemila persone (compresi familiari e operatori) con le relative testimonianze. Si tratta di *Disability rights during the pandemic*, uno studio redatto da sette organizzazioni internazionali, tra cui anche il *Centre for human rights at the University of Pretoria*, che ha rilevato come tutti i sistemi di protezione sociale siano andati in corto circuito indipendentemente dal livello di sviluppo economico del Paese e indipendentemente dal tipo di disabilità. In particolare, il rapporto ha evidenziato misure anti-COVID-19 inadeguate soprattutto negli istituti, minore accesso all'assistenza sanitaria, come sia saltato il supporto della comunità di appartenenza e un maggiore impatto del virus su alcuni gruppi di persone con disabilità più fragili, come i bambini, le donne e i senza fissa dimora (Prati 2020).

Analizzando più nello specifico i dati raccolti, nel 33% dei casi i governi non hanno adottato nessun tipo di misura per proteggere la vita, la salute e la sicurezza delle persone disabili che vivono in struttura. Per il resto, gli unici accorgimenti presi sono stati il divieto per

gli ospiti di lasciare il proprio centro residenziale e la sospensione delle visite di parenti e amici, con un conseguente senso di isolamento e di abbandono e con il venire meno dei controlli. Il 26% degli intervistati, poi, ha riferito di non aver ricevuto informazioni né sulla pandemia né sulle misure emergenziali adottate. Tra gli esempi positivi, invece, si segnalano la distribuzione di dispositivi di sicurezza individuali e la sanificazione delle strutture residenziali realizzate in moltissimi Paesi (Courtenay, Perera 2020). Ma per quasi la metà delle risposte fornite, a causa del lockdown e del coprifuoco è mancato anche il supporto della comunità di riferimento: dall'assistenza personale, domiciliare e informale a quella finanziaria, dall'approvvigionamento del cibo alle tecnologie assistite, con effetti preoccupanti sulla salute e sulla tenuta mentale delle persone con disabilità. Solo il 28,5% ha ricevuto una qualche forma di aiuto economico da parte del governo. Un po' di sollievo è arrivato da telefono e videochiamate, dalle iniziative di teleassistenza, dai materiali esplicativi tradotti in linguaggio facile da leggere e in lingua dei segni. A soffrire maggiormente i disagi della pandemia sono stati i bambini disabili e le loro famiglie, esclusi per la quasi totalità dall'istruzione a distanza e da altri servizi essenziali, le donne con disabilità, a rischio soprattutto di abusi sessuali e violenza domestica, i senza fissa dimora e le persone disabili che vivono nelle più remote zone rurali dei Paesi in via di sviluppo (*Ibidem*).

Non eravamo pronti a gestire una pandemia e non lo siamo ancora, dalla compressione dell'assistenza al venire meno dei servizi a domicilio, tamponi compresi. Soprattutto nei periodi di aumento dei contagi, sono stati adottati provvedimenti restrittivi che, pur essendo stati di estrema importanza per poter ridurre la diffusione del virus, hanno avuto preoccupanti implicazioni sulla salute mentale degli individui.

Già negli anni Settanta lo psicologo E. Erikson evidenziava che la costruzione dell'identità in età infantile è influenzata da fattori psicosociali quali abitudini familiari, comportamenti ripetitivi, che sanciscono l'appartenenza e la condivisione e aiutano ad attraversare in maniera "sana" le fasi evolutive e i problemi connessi (Cerniglia, Ciminò, Ammaniti 2020). La pandemia ha fatto "saltare" regole prestabilite e schemi consueti. Quarantena e distanziamento sociale misure di protezione dalla pandemia da COVID-19 hanno rappresentato potenziali fonti di stress per i bambini, proprio a causa del perdurare di

cambiamenti repentini e prolungati nei ritmi quotidiani di vita familiare e scolastica (perdita di *routine*, riduzione delle possibilità educative e ludico/esplorative all'aperto, ecc) e del “respirare” un clima di ansia/paura e incertezza per il futuro (Sansavini, Trombini & Guarini 2020).

Le caratteristiche della pandemia hanno comportato la messa in atto di misure necessarie e drastiche per il suo contenimento, che hanno coinvolto tutta la popolazione: per le sue caratteristiche di “novità”, “gravità” e “ampiezza” è difficile prevedere le effettive conseguenze sulla salute mentale dei bambini e degli adolescenti, sia nell'immediato che in futuro. Ma possiamo tracciare uno scenario a partire dai risultati di ricerche svolte durante precedenti situazioni di crisi/emergenza sanitaria e di recenti indagini.

B. DISABILITÀ INTELLETTIVE

La pandemia ha avuto un impatto anche sulle persone con disabilità intellettiva. Queste ultime, infatti, trovano maggiori difficoltà nel comprendere le comunicazioni relative ai comportamenti da adottare per proteggersi e possono percepire maggiore stress mentale trovandosi davanti alle restrizioni delle loro abituali attività. (Courtenay & Perera 2020).

Secondo i criteri diagnostici del DSM-5 (2013), la disabilità intellettiva è un disturbo del neurosviluppo che comprende deficit del funzionamento sia intellettivo che adattivo a diversi ambienti di vita.

Secondo il paradigma bio-psico-sociale che è alla base dell'ICF (Classificazione del Funzionamento della disabilità e della salute dell'individuo) redatto dall'OMS, la persona disabile possiede delle risorse che rimarrebbero latenti a seconda dell'ambiente in cui vive. Di conseguenza, il contesto nel quale una persona con disabilità si trova a vivere può influenzare profondamente l'espressione delle proprie potenzialità, che necessitano di essere stimolate.

Diversi studi, come quelli di McCallion e McCarron (2004) e Walsh (2005), confermano che le persone disabili hanno un rischio elevato di decadimento sia a livello mentale che fisico. Per queste persone, infatti, lo svolgimento di semplici attività quotidiane e ricreative non rappresenta solo un momento di svago e di divertimento, ma è

fondamentale per il mantenimento delle abilità minime e per evitare un decadimento precoce.

Ma com'è possibile affrontare un periodo come questo, caratterizzato da continui cambiamenti e restrizioni dei contatti sociali, quando si ha a che fare con persone con una disabilità intellettiva?

In assenza di protocolli definiti per prendersi cura delle persone con disabilità in quarantena, diverse società e associazioni come la SiDiN (Società Italiana per i Disturbi del Neurosviluppo) e l'Anffas Nazionale (Associazione nazionale per Famiglie di persone con Disabilità Intellettiva e/o Relazionale) hanno elaborato dei documenti nei quali è possibile trovare alcune indicazioni pratiche su come gestire la situazione quando si ha a che fare con persone con una disabilità intellettiva.

Secondo questi documenti, tra i vari ostacoli che le persone con disabilità intellettiva hanno incontrato durante questo periodo di pandemia, se ne trovano tre in particolare, che hanno contribuito ad alimentare la loro sofferenza psicologica:

1. Le difficoltà di comprensione delle raccomandazioni sulle norme igieniche da adottare durante la pandemia e delle informazioni riguardo la situazione attuale;
2. Gli improvvisi cambiamenti delle proprie routine quotidiane;
3. L'isolamento forzato e la mancanza di contatti sociali.

Per quanto riguarda il primo aspetto, relativo alla comprensione delle informazioni, occorre ricordare che le persone con disabilità intellettiva, al pari delle altre, hanno il diritto di essere informate sulla situazione che stavamo vivendo. Per poter far comprendere loro le raccomandazioni fornite dalle istituzioni per diminuire i contagi, occorre ricorrere ad un linguaggio il più possibile chiaro e personalizzato sulla base dell'età e delle esigenze della persona con disabilità.

Occorre accompagnare queste persone nel reperire le informazioni facendo affidamento sulle fonti ufficiali, per evitare che vengano sovra-stimolate da troppe notizie confuse o per non incorrere nelle sem-

pre più diffuse *fake news*. Per comunicare loro questo tipo di informazioni, può essere utile ricorrere all'utilizzo della *Comunicazione Alternativa Aumentativa* (CAA) soprattutto nel caso di persone con bisogni comunicativi complessi.

Le misure di contenimento del COVID-19, tuttavia, oltre a non essere comprese, possono risultare difficili da mettere in atto, in quanto possono costituire un grande disagio per queste persone che da un giorno all'altro si sono trovate a dover cambiare le proprie abitudini (Narzisi 2020).

Una strategia efficace per prevenire l'insorgenza di eventuali problematiche dovute al cambiamento di *routine* potrebbe essere quella di sostituire in modo graduale le attività abituali che non è possibile svolgere, con una nuova *routine* che preveda la pianificazione di diverse attività nel corso della giornata tenendo conto degli interessi e delle peculiarità della persona. Svegliarsi la mattina alla stessa ora programmando in anticipo una sequenza di attività durante la giornata, ad esempio, può fornire sicurezza e prevedibilità. Un ausilio che potrebbe essere utile a questo scopo è l'agenda visiva, uno strumento che attraverso delle figure permette di visualizzare le attività da svolgere durante la giornata, pianificandole all'inizio e seguendole poi una alla volta.

Tra le varie attività da mettere in programma durante la giornata, non deve mancare del tempo da dedicare alla socializzazione. È importante, infatti, dare a queste persone la possibilità di mettersi in contatto anche tramite videochiamate e messaggi con persone care, amici e familiari.

A questo proposito si sono attivate anche varie associazioni che hanno proposto diverse iniziative volte a mantenere i contatti con i loro utenti anche a distanza. È il caso dell'Associazione AIAS di Bolzano, ad esempio, che a marzo 2020 ha pensato di proporre ogni giorno su diverse piattaforme *social* delle giornate a tema sulla traccia di quello che veniva proposto giornalmente in sede.

Sebbene non sia possibile sostituire il contatto umano, al giorno d'oggi esistono diverse piattaforme *online* su cui è possibile incontrarsi e che, se ben utilizzate, con l'aiuto di famigliari e operatori, possono mitigare almeno in parte quel sentimento di solitudine e sconforto presente soprattutto in questo periodo.

Occorre ricordare che nel corso degli anni sono stati compiuti

molti passi in avanti per quanto riguarda la valorizzazione delle persone disabili all'interno della società. I meriti di tutto ciò possono essere attribuiti alla tenacia con cui il mondo della disabilità ha saputo stimolare ripensamenti e cambiare il modo di rapportarsi nei confronti della disabilità, riducendo il rischio di stigmatizzazione ed emarginazione. La ricerca in quest'ambito può influenzare positivamente il dibattito politico internazionale su come gestire i servizi sociosanitari e la fruibilità dei supporti necessari a queste persone per favorire la loro inclusione (Soresi 2007).

C. AUTISMO

La gestione di questo periodo è stata particolarmente critica per le persone con Disturbo dello Spettro dell'Autismo (ASD) che, a causa delle loro caratteristiche e del loro specifico stile di funzionamento, possono presentare maggiori difficoltà di adattamento alla condizione attuale (Colizzi *et al.* 2020). L'autismo è un disturbo del neurosviluppo, con un'incidenza stimata superiore a 1/100 (Narzisi *et al.* 2018), caratterizzato da compromissioni significative nella comunicazione sociale, da interessi ristretti e comportamenti ripetitivi, da deficit nel funzionamento esecutivo (Panerai *et al.* 2016), con rigidità e resistenze al cambiamento e da difficoltà a mentalizzare. Tali caratteristiche costituiscono elementi di vulnerabilità e possono determinare difficoltà nella pianificazione delle attività quotidiane con un incremento dei livelli di ansia che, soprattutto nell'autismo ad alto funzionamento, può essere, talvolta, pervasiva, devastante e limitante. Le restrizioni, il confinamento in casa, la limitazione dei contatti sociali, la riduzione delle possibilità di svago e di socializzazione, in molti casi, hanno causato l'incremento dei comportamenti inadeguati, delle stereotipie verbali e motorie, dell'iperattività e una diminuzione della *compliance* e di richieste funzionali.

Durante la fase di *lockdown*, in seguito alla sospensione del modello integrato delle attività di cura e del sostegno socioeducativo, le famiglie si sono ritrovate da sole nella gestione dei propri figli, sperimentando una condizione di maggiore stress psico-fisico (Drogomyretska *et al.* 2020). L'interruzione degli interventi globali e intensivi erogati in presenza dai centri specializzati e la chiusura delle scuole,

hanno pesantemente inciso sulle occasioni di inclusione e di socializzazione con i coetanei. Per molti giovani adulti con ASD, la condizione attuale ha rappresentato un blocco dei percorsi formativi o lavorativi avviati. Per i piccoli, in molti casi, è stato ritardato l'accesso ai servizi per la prima diagnosi e conseguentemente negato l'avvio di interventi precoci.

In una quotidianità venuta improvvisamente meno è emersa sempre più forte l'esigenza da parte dei familiari di impegnare le ore dei propri figli, sperimentando, in molti casi, una condizione di confusione, disorientamento e frustrazione di fronte alle difficoltà incontrate nella loro gestione quotidiana, all'interno di un assetto familiare e domestico sprovvisto di strumenti e strategie per fronteggiare i problemi emersi. Si sono riscontrate importanti difficoltà nel dover riorganizzare tempi e spazi, nel gestire momenti di gioco col proprio figlio, nel condividere e ampliare i suoi interessi e, non ultimo, nell'impegnarlo in attività di autonomia. La sospensione dei servizi riabilitativi ha alimentato nei genitori la preoccupazione di poter perdere i progressi raggiunti o indebolire le competenze acquisite con grande fatica, nonché la conseguente insorgenza di nuovi comportamenti problematici. In una testimonianza una madre di un bambino con DSA ha dichiarato:

poi quando è passato il primo mese chiusi in casa, però ho avuto davvero paura che questa non fosse più una pausa momentanea, ma una condizione a cui avremmo dovuto abituarci. Ho avuto davvero paura che i piccoli traguardi raggiunti potessero andare persi senza un sostegno specialistico.

Un tempo di incertezza che ha fatto emergere paure, senso di vuoto, di solitudine e vissuti di abbandono che ha determinato una condizione di fragilità e ansia per il futuro, non solo nelle famiglie, ma anche negli operatori che hanno dovuto adattarsi alle nuove esigenze imposte dal COVID-19 e proporre modalità di lavoro e di presa in carico diverse per supportare i genitori e le persone con ASD.

Durante il periodo di emergenza sono state, infatti, emanate direttive dall'ISS per la gestione delle persone con ASD e sono stati pubblicati diversi lavori con indicazioni pratiche su come riorganizzare gli interventi (Lim *et al.* 2020, Narzisi 2020, Zingale *et al.* 2020). La

specifica competenza delle figure professionali ha permesso di supportare l'intero sistema familiare al fine di individuare i facilitatori ambientali che ne potessero garantire un'esperienza di vita equilibrata ed adeguata alla situazione eccezionale venutasi a creare in conseguenza della pandemia. Tra le strategie messe in campo ha assunto un ruolo significativo l'attivazione immediata di modalità di intervento da remoto a garanzia della continuità assistenziale, che hanno permesso di rinforzare l'alleanza terapeutica con la famiglia attraverso la co-progettazione dei percorsi riabilitativi e il lavoro di rete per l'integrazione tra i vari contesti operativi. Insieme alle famiglie, sono state strutturate nuove routine giornaliere volte al mantenimento o all'acquisizione di competenze. Attraverso la presentazione di *target* di apprendimento e di *video tutorial*, i genitori sono stati formati e guidati per attuare attività volte all'acquisizione di nuove competenze e per gestire i comportamenti disadattivi.

Questi incontri hanno anche rappresentato uno spazio di confronto e di supporto con l'*équipe* di riferimento del bambino, nel quale portare i propri vissuti, elaborare le proprie paure, sostenere e promuovere la resilienza e strategie di *coping* più adattive. Numerosi sono stati i rimandi positivi da parte delle famiglie che in questo modo, non solo hanno potuto ricevere un supporto concreto nella gestione di un'ordinaria quotidianità, ma soprattutto non si sono sentite sole, avvertendo concretamente la vicinanza di un sistema, nonostante l'obbligo di isolamento. Nella relazione con gli operatori hanno trovato ascolto e contenimento per le proprie ansie, sperimentando pensieri più funzionali al loro benessere. Dalle esperienze dirette con alcuni genitori, è emerso che sono riusciti a trovare il tempo per favorire l'acquisizione di autonomie personali e domestiche, aumentare le occasioni di relazione e di comunicazione con il proprio figlio, in un clima con ritmi meno pressanti.

Il lavoro di supporto è stato portato avanti con la riapertura dei centri. La ripresa delle attività in presenza ha posto agli operatori nuove sfide, per permettere il riavvio delle attività riabilitative garantendo la distanza fisica necessaria per la prevenzione del contagio. Sono stati, infatti, effettuati training specifici per facilitare l'uso della mascherina, o per preparare bambini e ragazzi a sottoporsi all'esame del tampone molecolare.

L'emergenza sanitaria ha, dunque, amplificato le fragilità delle persone con ASD evidenziando molti dei vincoli e delle carenze esistenti nei sistemi di assistenza e cura e la necessità di rivedere la modalità di presa in carico. Ancora più forte è emersa negli operatori la consapevolezza che l'ambiente creato per e dai neurotipici è troppo caotico per chi ha una sensibilità differente sia a livello neurofisiologico sia a livello psichico. Al contempo, i cambiamenti imposti dalla pandemia, hanno comportato la necessità di attivare nuove e, spesso, creative strategie di intervento per ascoltare, comprendere e rispondere ai bisogni delle persone con questo disturbo e dei loro familiari. Anche durante il *lockdown* è stato possibile costruire, insieme a chi soffre un disagio, uno spazio di accoglienza e benessere attraverso l'ascolto, seppure realizzato con modalità diverse. Adattamento e flessibilità, uniti alla competenza, sono stati gli elementi essenziali per garantire un intervento adeguato alle persone con ASD e le loro famiglie (Colizzi & Sironi 2020)

Il COVID-19 colpisce doppiamente le persone con autismo e le loro famiglie. Non solo sono esposte a rischi elevati ma ancora di più, in questo isolamento dovuto all'epidemia, hanno bisogno d'aiuto. Per le persone con autismo i rischi del COVID-19 sono quelli di sviluppare forme gravi di polmonite, con necessità di ospedalizzazione collegata alla frequenza molto elevata di malattie fisiche come diabete, obesità e cardiopatia, ma anche per la difficoltà a seguire le norme igieniche e i sistemi di protezione. Chi è colpito dalla sindrome dello spettro autistico ha difficoltà di comunicazione, di comprensione. Per il suo funzionamento mentale, le restrizioni, a cui tutti siamo sottoposti, si traducono in un cambiamento della *routine* quotidiana, a cui difficilmente chi è colpito da autismo riesce ad adattarsi. Vengono a mancare gli operatori o insegnanti di sostegno - a cui le persone colpite sono legate, la vita trascorre di più in casa quando invece c'è bisogno degli spazi aperti frequentati normalmente. Insomma, i contatti fondamentali per l'esistenza sono, dunque, necessariamente limitati. Nelle persone con autismo i disturbi psichiatrici sono usuali anche in condizioni ambientali normali, con frequenza fino a quattro volte superiore ed esordio anticipato rispetto alla popolazione generale. Resistere allo stress della pandemia e alle misure decise per contenerla, comporta un'altissima probabilità di sviluppare ulteriori disturbi psichici e comportamentali: ansia insopportabile, depressione, aumento

dell'aggressività verso di sé stessi, le persone più vicine o persino gli oggetti. In più, le persone con autismo e i loro familiari affrontano barriere che rendono difficile accedere alle cure e alle informazioni essenziali per ridurre i rischi personali e sociali durante l'epidemia. Sono barriere di tipo ambientale, come la difficile reperibilità delle informazioni e le complicazioni nell'accesso ai servizi sanitari, ma anche di tipo istituzionale, poichè mancano i protocolli specifici sulla gestione della quarantena in famiglia, nelle residenze, nei centri socio-sanitari, ma anche i protocolli per la gestione degli operatori. Con la quarantena diventa ancora più difficile superare barriere mentali come i pregiudizi, la stigmatizzazione, la discriminazione, la convinzione che queste persone non possano contribuire alla risposta alla pandemia o prendere le proprie decisioni. E questo può causare ulteriore stress alle persone con disabilità e ai loro familiari. Includere le voci e i bisogni delle persone con autismo per programmare e attuare la risposta alla pandemia è fondamentale per mantenerne la salute sia fisica che mentale e allo stesso tempo ridurre il rischio di infezione. Va considerata prioritaria anche la salvaguardia delle risorse sanitarie, sociali e familiari dirette alla presa in carico di queste persone.

I numerosi esiti infausti, le grandi sofferenze e le difficoltà che le persone con autismo o con altre disabilità dello sviluppo stanno riportando in questa emergenza enfatizzano le gravi carenze che il sistema sanitario presenta di base nei loro confronti, soprattutto rispetto alla presenza di altri disturbi come panico, depressione, crisi maniacali e gli altri disturbi psichiatrici che si associano all'autismo.

I disagi provocati dall'isolamento, dalla distanza sociale, dalla perdita delle abitudini e delle attività preferite, che tutti noi stiamo provando in questo periodo, assomigliano, in piccolo, alle difficoltà che le persone con autismo devono affrontare sempre e, dunque, ci permettono di capirle meglio. L'autismo esprime aspetti della condizione umana. Le vulnerabilità e i bisogni delle persone con autismo o altre disabilità dello sviluppo rappresentano un'amplificazione della vulnerabilità e dei bisogni di tutte le persone. Intervenire su questi bisogni è dunque di grande utilità per tutta la società e ne esprime il livello di evoluzione.

D. SINDROME DOWN

La pandemia ha influito sulle vite di tutte le persone e di tutte le famiglie, ma ha messo particolarmente in risalto i problemi e le necessità delle persone con disabilità. Il sistema di servizi a loro dedicato non è stato sempre in grado di rispondere ai bisogni di socialità, assistenza, riabilitazione e inclusione. Piuttosto che adattarsi alle esigenze dell'emergenza sanitaria molte strutture hanno ridotto, o persino sospeso, i loro servizi di prossimità. Oltretutto le associazioni di categoria hanno denunciato una capacità di risposta della rete assistenziale e di promozione a "macchia di leopardo", per cui accanto a livelli assistenziali di eccellenza riscontrabili prevalentemente nel centro-nord si sono verificate gravi carenze nei servizi domiciliari e nei centri diurni al centro-sud (Cerniglia, Cimino & Ammaniti 2020)

La pandemia COVID-19 ha sviluppato i suoi effetti "collaterali" anche tra i giovani adulti con Sindrome di Down e le loro famiglie, non solo in termini di impossibilità di usufruire della necessaria continuità assistenziale, ma anche sul piano psicologico. Per la maggior parte di questi giovani adulti, una volta terminata la scuola superiore i centri riabilitativi, le associazioni e i progetti lavoro, rappresentano importanti contesti per favorire i processi relazionali, di individuazione, di affermazione di sé e della propria autonomia. L'interruzione della gran parte delle occupazioni o il ritardo nell'attivazione di nuove modalità (videochiamate, terapie *on line* ecc.) ha creato una frattura significativa con il mondo esterno e con il mondo interno dei giovani e delle famiglie come disagi della sfera psicoemotiva e dei sintomi psicopatologici: quali solitudine, difficoltà nella gestione delle emozioni e degli affetti, aumento dell'ansia, talora comportamenti aggressivi, aumento delle stereotipie, disregolazione del ritmo sonno veglia o alimentazione (Zingale 2020)

La risposta delle famiglie ha portato in alcuni casi all'attivazione di risorse personali e familiari positive, ma in altri si sono evidenziati meccanismi difensivi non sempre adeguati e forte appare per la maggioranza delle famiglie la preoccupazione per la fase di ripresa delle attività. Questa preoccupazione andrà accolta con l'obiettivo di una ripresa veloce e sicura delle attività riabilitative, lavorative e scolastiche di questi giovani adulti.

E. DISABILITÀ SENSORIALI

Disabilità uditiva. Educazione e formazione, canali per conoscere il mondo e canali comunicativi

I sordi posso ricevere vari tipi di approcci educativi e questi saranno alla base della loro modalità di comunicazione. Di seguito vedremo brevemente questi approcci educativi per capire come questa comunicazione sia stata messa seriamente in difficoltà durante il COVID-19. Il metodo oralista ha come obiettivo insegnare la lingua italiana, la lingua vocale. Ove possibile si effettua un tempestivo utilizzo di protesi o di impianti cocleari e si procede con una precoce esposizione alla terapia logopedica. In questo modo si stimola la lettura labiale e si esclude l'utilizzo della lingua dei segni italiana (LIS). Il metodo bilinguismo pone al centro la comunicazione e prevede l'insegnamento della lingua italiana e della LIS. Il bambino impara quindi a leggere il labiale e a parlare e impara anche la lingua dei segni. In base poi al contesto e all'interlocutore il bambino sceglie il canale comunicativo. Il metodo bimodale invece è un metodo misto che si basa sull'insegnamento dell'italiano segnato e dell'italiano segnato esatto. Questo metodo unisce l'espressione acustico-verbale con l'uso dei segni. L'italiano segnato utilizza i segni della LIS ma segue la sintassi delle frasi della lingua italiana. L'italiano segnato esatto traduce con la Dattilogia anche le preposizioni, articoli e tutte le altre parole che non hanno il corrispondente nella lingua dei segni. I segni sono contemporaneamente accompagnati dal verbale (in uscita) e dalla lettura del labiale (in entrata).

Di seguito abbiamo raccolto interviste e testimonianze dei sordi italiani e di articolo pubblicato su una rivista indiana.

Testimonianze durante il COVID-19 in Italia

Inizieremo col raccontare come è cambiata la loro vita quotidiana, raccoglieremo le testimonianze delle persone che hanno vissuto l'esperienza del ricovero, parleremo delle iniziative e delle azioni messe in campo dalle persone sorde per far fronte a questa nuova situazione.

In una intervista (Lattanzi 2020) al quotidiano *la Repubblica*, Renzo Conti, presidente Ente Nazionale Sordi Lombardia, dichiara che, durante il periodo del COVID-19, la vita dei sordi è cambiata in modo fortemente negativo e si sono moltiplicate le loro difficoltà. Il

presidente Conti durante questa intervista si è prestato come attore e testimone della vita quotidiana delle persone sorde in questo particolare periodo di emergenza. Ripreso da una telecamera nascosta, in piazza Duomo a Milano, è stato avvicinato da una ragazza per un'intervista, quest'ultima appena ha compreso il fatto che era sordo è quasi scappata senza dargli ulteriori spiegazioni. Anche a seguito del suo tentativo di richiedere ulteriori spiegazioni si è allontanata frettolosamente senza rispettare la sua richiesta. Anche in farmacia ha incontrato numerose difficoltà nella "semplice" richiesta di ibuprofene. Non riusciva a capire cosa dicesse la farmacista e alla sua richiesta di abbassare cortesemente la mascherina per poter leggere il labiale, quest'ultima ha risposto frettolosamente che non era possibile e gli ha detto di scrivere. Solo descrivendo nel dettaglio queste situazioni, possiamo provare a comprendere il profondo disagio provato dalle persone sorde per le quali la comunicazione, nella vita quotidiana è diventata veramente faticosa.

Renzo Conti condivide durante questa intervista anche il racconto di una persona anziana sorda ricoverata in ospedale all'improvviso per COVID-19. Questa persona non capiva nulla, era molto disorientata e terrorizzata, non riusciva a comunicare e a capire cosa stesse succedendo e cosa le sarebbe successo. Non sono riusciti a convincerla a mettere il casco per l'ossigeno. Hanno cercato di aiutarla ma non è sopravvissuta.

Ilaria Galbusera, la capitana della nazionale di pallavolo sordi, durante un'intervista a *la Repubblica*, ha dichiarato che l'introduzione della mascherina obbligatoria ha costituito il principale ostacolo e la principale barriera, percepita come un muro insormontabile, che si è interposto tra la persona sorda e l'interlocutore. Questa barriera è dovuta al fatto che la mascherina copre una parte fondamentale del viso per la loro necessità della lettura labiale per poter capire quello che viene detto. Nelle attività quotidiane come andare in banca, alle poste o in farmacia incontrano grandi difficoltà di comunicazione e non sempre è possibile per una persona abbassare la mascherina. Ci sono luoghi in cui non è possibile abbassarla. Una soluzione potrebbero essere le mascherine trasparenti. Le dovrebbero indossare tutte le persone che lavorando a contatto con il pubblico e primi fra tutti gli insegnanti. Oltre ad agevolare la comunicazione delle persone sorde, queste mascherine permetterebbero anche di poter rivedere un sorriso.

Anche Anastasia Lekontseva, sorda segnante, racconta la sua esperienza di vita quotidiana. Aveva un appuntamento per una visita medica in ospedale, il medico non c'era e non era stata avvisata. Dichiarò anche che probabilmente avevano provato a contattarla telefonicamente ma lei non può rispondere alle telefonate "normali". La segretaria, presente allo sportello, continuava a parlare indossando la mascherina e l'ha messa in seria difficoltà. Dopo qualche minuto ha capito che era sorda e ha abbassato la mascherina ma la comunicazione è rimasta molto difficile.

A Voghera utilizzano le mascherine trasparenti. Per gli abitanti di questa città indossare questa mascherina equivale ad una forma di rispetto. A questa intervista a *la Repubblica* partecipano anche una coppia, lei sorda lui udente. Raccontano che spesso lui si doveva togliere la mascherina per permettere a lei di leggere le labbra e la gente li sgridava. La mascherina trasparente ha migliorato la comunicazione tra loro nei luoghi pubblici. Ilaria Galbusera dichiara che ci sono molte iniziative per produrre queste mascherine trasparenti ma bisogna usare prudenza nel loro utilizzo perché ad oggi non sono ancora certificate e omologate. Il governo non ha ancora dato risposta per l'omologazione di questo tipo di mascherina, ad oggi non è un dispositivo medico e non è un DPI, ma è comunque una mascherina che consente di preservare sé stessi e gli altri dalle particelle di saliva che possono propagarsi nell'aria mentre uno parla.

I sordi si augurano che il governo non sia più sordo di loro nell'ascoltare i loro bisogni.

In tutte queste interessantissime interviste è trasversale la richiesta delle persone sorde che, quando la comunicazione non funziona, gli udenti dovrebbero portare molta pazienza e avere una mentalità più aperta.

Consuelo Agnesi (Star the future 2020), membro osservatorio nazionale per la sicurezza e la gestione delle persone con disabilità del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, in un'intervista rilasciata in un programma televisivo ha utilizzato la metafora della "palla di vetro" per descrivere la loro comunicazione durante il COVID-19, dalla quale le informazioni non entrano e non escono. Descrive in modo molto interessante che ci sono varie tipologie di persone sorde e che, per esempio, alle persone con impianto cocleare la voce delle persone

che indossano la mascherina, arriva distorta. Dichiara anche che il metro di distanza interferisce nella comunicazione perché non permette di percepire molte informazioni del comportamento non verbale. Racconta la loro esperienza con l'esempio del supermercato, che durante la pandemia poteva essere l'unico momento di socialità. Invece per i sordi non lo è stato, per evitare problemi di comunicazione e per ridurre le difficoltà evitavano i banconi, "il servizio" e compravano tutto confezionato. In assenza di casse automatiche, il momento della cassa, risultava essere un momento molto difficile e stressante. Questi sono solo alcuni esempi che dimostrano come la comunicazione sia percepita come una vera e propria impresa titanica.

Esistono delle applicazioni *Google* che traducono il parlato in scritto ma non sono usufruibili da tutti e non tutte le persone sorde hanno la stessa comprensione della lingua italiana scritta, perché come abbiamo visto, dipende dall'educazione ricevuta.

Anche Diego Pieroni (Occhio alla notizia 2020), presidente del consiglio regionale Ente Nazionale Sordi Marche, rilascia una intervista e anche in questa la prima problematica evidenziata è la comunicazione. Si evidenzia il fatto che erano in programma pochi telegiornali con l'interprete LIS e nei pochi dove era presente, era ripreso in un riquadro molto piccolo e i sordi facevano fatica a seguire.

Racconta di un primo passo verso l'inclusione reale, è stata fatta a Collegno, dove il sindaco ha promosso l'utilizzo delle mascherine trasparenti.

I sordi pensano che il mondo politico sembra non capire il valore della lingua dei segni e il fatto che ha diritto e pari dignità della lingua italiana. Una parte delle persone sorde utilizzano solo la LIS, che è quindi uno strumento vitale per la loro comunicazione. Serve il suo riconoscimento ufficiale. In Europa, l'Italia è l'unica a non aver riconosciuto la LIS.

La redazione di Abili intervista Giuseppe Petrucci, (Abili a proteggere 2020) il presidente dell'ENS che evidenzia subito che i mezzi di diffusione di informazioni durante questa emergenza non sono stati adeguati alle persone sorde. Hanno avuto problemi nel reperire informazioni soprattutto i bambini e le persone anziane che non riescono per esempio a capire come stampare e compilare l'autocertificazione, non riescono a telefonare e hanno problemi molto diversi dalla maggioranza della popolazione. Dichiara che hanno avuto e hanno ancora

tanta difficoltà e tanto timore a dover chiamare i soccorsi. La chiamata al 112 per loro non è accessibile come per gli altri. Molti interpreti si sono resi disponibili volontariamente ad essere di supporto in caso di emergenza ma hanno avuto comunque tanti problemi con i medici, in farmacia e in molti altri luoghi pubblici. Anche nei posti di lavoro i sordi hanno incontrato molte difficoltà. Avrebbero avuto diritto alla legge 104 ma non tutti i datori di lavoro l'hanno concessa, inoltre nel posto di lavoro le mascherine hanno molti problemi per comunicare con i colleghi e hanno aumentato i rischi per questa categoria di lavoratori. I sordi hanno quindi chiesto al governo maggiori tutele per poter aver con più facilità la possibilità di lavorare da casa. Molti sordi si sono visti contestare i loro diritti dai datori di lavoro e sono stati costretti a recarsi personalmente a lavoro dove vivevano un enorme stress e un senso di isolamento profondo, per la difficoltà di comunicazione causata dall'uso delle mascherine. Sono stati chiesti nuovi decreti per tutelare i lavoratori sordi.

Alcune persone hanno anche avuto paura di uscire di casa perché avevano paura della difficoltà di comunicazioni che avrebbero potuto incontrare con la polizia in caso di posto di blocco.

Il presidente Petrucci dichiara che hanno dovuto scrivere una mail direttamente al presidente Conte per riuscire ad ottenere che ci fosse l'interprete LIS al suo fianco in ogni comunicazione ufficiale e ci tengono a ringraziarlo per il suo pronto interesse ad accogliere questa loro richiesta.

L'ENS dichiara che hanno fatto tutto il possibile per supportare i sordi ma hanno percepito poco supporto dallo Stato Italiano che per esempio si sarebbero dovuto occupare delle persone anziane che non avevano i cellulari e/o l'accesso ad internet per reperire informazioni. Anche la protezione civile ha dato il suo supporto per raggiungere le persone sorde più fragili. Le persone più fragili identificate nelle persone che non sanno usare facilmente le nuove tecnologie e i bambini. In queste interviste si parla anche dei bambini sordi che hanno avuto molta difficoltà a passare il tempo, ad intrattenersi perché non avevano tutte le possibilità dei bambini udenti come per esempio i cartoni animati. La televisione nazionale non offre cartoni animati per i bambini sordi e anche di questo dovrebbe interessarsi lo stato.

In questa intervista viene anche raccontata la storia di una persona sorda ricoverata in ospedale, positivo al COVID-19. La figlia sorda

non riusciva ad avere informazioni sul padre, non riusciva a parlare con lui e ad aver informazioni per lei comprensibili dal personale sanitario. Questa ragazza ha chiesto aiuto all'Ens, grazie al quale è riuscita ad ottenere la possibilità di fare delle video chiamate con il padre.

In una situazione d'emergenza, come al Pronto Soccorso o in ospedale la difficoltà di dialogo può diventare ingestibile, innescando una serie di fraintendimenti ed una catena di reazioni imprevedibili. I professionisti sanitari conoscono poco o per niente le modalità di approccio con un paziente con disabilità uditiva e questa difficoltà di comunicazione rischia di compromettere il percorso di cura.

Per affrontare questa problematica, un'agenzia di formazione ha organizzato il primo corso su come interagire con il paziente sordo in situazione normale e di emergenza, in collaborazione con l'Associazione Emergenza Sordi APS (quotidianosanità.it, 2020). Questo progetto è nato per promuovere una più diffusa e approfondita conoscenza su questi temi e per sostenere la piena inclusione delle persone con disabilità in ogni ambito della vita. insegna a riconoscere le caratteristiche della persona sorda in base ai comportamenti fisici e psicologici; a distinguere i diversi tipi di sordità; ad interagire con semplici regole e a usare vari app come *'Spread the sign'* (il più grande dizionario di lingue dei segni al mondo) o come *"Where are U"* collegata alla Centrale Unica di Risposta NUE 112 per risparmiare tempo prezioso in situazioni di emergenza oppure la *WebApp* "Comunica con tutti" attraverso i simboli semplificati di immediata comprensione al fine di facilitare la comunicazione tra paziente e personale sanitario.

In un comunicato video (Ente Nazionale Sordi 2020) l'area Sanità dell'Ens propone ai sordi di compilare un questionario per avviare un momento di riflessione e raccolta dati su come stanno vivendo l'emergenza COVID-19 e sull'accessibilità alle informazioni. La raccolta di queste informazioni ci può aiutare ad indagare in che modo la pandemia ha inciso sulla vita delle persone sorde in termini di comportamenti, atteggiamenti, di scale valoriali e di giudizio su quanto è accaduto. È stata dedicata una parte importante al tema della sanità e al tema dell'accesso all'informazioni. È stato proposto anche un Sostegno psicologico. In un comunicato (CABSS Onlus 2020) una rappresentante degli psicologi, in lingua dei segni, presentano dei servizi di sostegno psicologico gratuito rivolto ai sordi adulti e alle famiglie con bambini sordi e sordociechi.

Questa indagine su come le persone sorde hanno vissuto il periodo del COVID-19 ha evidenziato come nello specifico l'11 maggio 2020 l'intera comunità sorda italiana non ha potuto seguire in diretta il messaggio del presidente del consiglio Conte perché a Palazzo Chigi non era previsto l'interprete LIS (Giuca 2020).

La Croce Rossa Italiana ha adottato una APP "Pediur" all'interno della propria centrale di risposta al numero verde che permette di entrare in contatto con le persone sorde che vogliono richiedere servizi.

Testimonianza indiana

Abbiamo trovato anche un articolo sul giornale "Indian J Community Med" del 2021 (Garg, Deshmukh, Singh, Borle, Wilson 2021). In questo articolo si parla di uno studio che ha avuto l'obiettivo di raccontare le sfide affrontate dalle persone sorde e con disabilità uditiva durante la pandemia da COVID-19, in India. In questo articolo si evidenzia il fatto che le difficoltà di 466 milioni di disabilità uditiva nel mondo, sono aumentate notevolmente durante la pandemia, stanno affrontando una doppia lotta per adattarsi ad un mondo progettato per gli udenti. Anche in questo studio emerge che le sfide affrontate sono state la mancanza di informazioni, le mascherine e il distanziamento. È emerso il fatto che manca una lingua dei segni appropriata per la comunicazione e diffusione di informazioni sul COVID-19. Per esempio, non esiste un vocabolario di segni universale riguardante il COVID-19. La lingua dei segni è la prima lingua compresa dalla comunità sorda mentre la lingua scritta non è compresa da tutti allo stesso modo e può generare disinformazione che comporta azioni sbagliate.

Esistono diverse lingue dei segni, alcune anche senza un riconoscimento ufficiale della comunità sorda. La mancanza di segni per spiegare il COVID-19 ha portato alla necessità di utilizzare segni provenienti da queste lingue "ufficiose" senza validità scientifica. Questa situazione è particolarmente evidente in India ma è una problematica della maggior parte delle lingue dei segni nel mondo. Questa problematica è dovuta alla difficoltà di standardizzazione della lingua dei segni. Rispetto al passato ora, grazie ai supporti video (Tv, internet, ecc.), anche le lingue dei segni hanno trovato un loro mezzo di diffusione e registrazione. Ma questo processo è più complicato nei paesi più poveri e più arretrati culturalmente. In questo studio è emerso an-

che la necessità di tutelare l'interpreti della lingua dei segni con strutture adeguate, come per esempio barriere trasparenti. Loro sono gli unici senza mascherina perché usano le labbra e le espressioni facciali per comunicare. Durante la pandemia è sconsigliato toccarsi il viso e la bocca e questo limite fa perdere una parte importante della comunicazione delle persone segnanti.

Questo studio pone una particolare attenzione sui bambini sordi, in particolare nel territorio indiano ma sono una rappresentanza di molti altri bambini nel mondo. Come i bambini di tutto il mondo anche quelli indiani sono stati tenuti chiusi in casa durante il *lockdown*. Nel territorio indiano la maggior parte dei genitori dei bambini sordi non sono fluenti in lingua dei segni e hanno incontrato moltissime difficoltà a comunicare con i loro figli. Questa difficoltà potrebbe aver generato in questi bambini confusione, ansia e paura di questo virus sul quale non riuscivano ad avere informazioni adeguate alla loro età. Inoltre, non trovavano un ambiente familiare, accogliente e comprensibile neanche nelle loro stesse case dove erano costretti a rimanere. In questo territorio si è quindi reso necessario che interpreti di lingua dei segni dessero supporto nella comunicazione ai genitori dei bambini sordi. Servirebbe anche un sostegno ai genitori sul come affrontare emotivamente questa pandemia.

Anche in India vengono nominate le mascherine trasparenti che dovrebbero essere monitorate da parte del governo per la loro efficacia ed economicità.

Disabilità visiva. Formazione, educazione, canali per conoscere il mondo e canali comunicativi

Nel caso di perdita totale o parziale della vista, i rimanenti organi sensoriali cominciano a funzionare in maniera ausiliare, vicariante. Tale compensazione avviene a carico del tatto, dell'udito e dell'olfatto. Cambiano i tempi di elaborazione degli stimoli. La vista è il senso della simultaneità, mentre il tatto secondo modalità che procedono in sequenza. La vista consente un processo di cognizione della forma rapido e fluido e con fatica praticamente nulla si abbraccia la globalità dell'oggetto in un campo di vista esteso. L'esplorazione con le mani si estende su un campo percettivo ridotto e raggiungibile, "a portata di mano", è in grado di definire con un attento apprezzamento analitico la sensazione termica del contatto con un oggetto e attraverso

i movimenti delle dita, la qualità della superficie e della sua consistenza. Questa breve introduzione su come le persone con disabilità visiva conoscono il mondo circostante è stata necessaria per capire parte delle grandissime difficoltà incontrate con le restrizioni e le regole imposte dalla pandemia.

Testimonianze durante il COVID-19 delle persone cieche

L'organizzazione mondiale di sanità ha dichiarato (IAPB Italia, 2020) che le persone cieche o con grave disabilità visiva sono particolarmente esposte alla trasmissione del COVID-19 e ha individuato le ragioni di questo maggiore rischio. Hanno difficoltà a mantenere la distanza fisica tra le persone perché faticano a capire dove sono collocate nello spazio. Hanno bisogno di toccare gli oggetti per capire cosa sono e devono toccare le linee Braille per leggere indicazioni, numero del piano dell'ascensore, per esempio, non sapendo chi le abbia toccate prima. Per leggere e riconoscere gli oggetti non possono usare i guanti perché altrimenti perderebbero parti di informazioni molto importanti riguardanti un oggetto specifico. Il prezioso uso delle mani ne richiede una particolare cura, l'utilizzo frequente dei disinfettanti rischia di screpolare i polpastrelli e si va quindi a danneggiare la superficie del loro corpo tramite la quale conoscono parte del mondo che li circonda. Inoltre, la maggior parte delle informazioni su questo tema sono per lo più in modalità visiva e non dispongono delle funzioni che permettono ai lettori di schermo di tradurle per le persone con disabilità visiva.

L'unione italiana Ciechi e ipovedenti ha dichiarato che durante la pandemia hanno avuto molti problemi nel ricevere assistenza per la mobilità, per l'assistenza domiciliare, per reperire beni di prima necessità come la spesa e i farmaci (Arrigoni 2020). Nella maggior parte dei casi non hanno neanche ricevuto supporto per gli studenti con disabilità durante la sospensione del servizio scolastico. È emersa quindi una inadeguata assistenza domiciliare e anche i lavoratori con disabilità visiva hanno incontrato grandi difficoltà di mobilità perché sono mancati gli accompagnatori e ove presenti non veniva concesso loro di entrare nella struttura dove lavorare la persona accompagnata.

Le associazioni nazionali di categoria e in particolare UICI hanno svolto un ruolo di presidio informativo e di sostegno psicologico e

operativo a supporto e spesso in sostituzione delle Istituzioni Pubbliche, ma sono arrivate allo stremo delle forze. (Abili a proteggere n.d.). Hanno organizzato gruppi di accompagnatori e hanno rivolto un appello al governo per ottenere un incentivo come quello per le babysitter. Hanno attivato un gruppo nazionale di educatori che hanno supportato le famiglie con bambini con disabilità visiva, che non sempre, anzi quasi mai, riuscivano a seguire la didattica a distanza proposta dalle scuole. Come anticipato è stato anche attivato un gruppo di psicologi su tutto il territorio nazionale che a titolo volontario e gratuito si sono resi disponibili, in alcune ore del giorno. Hanno preso accordi anche con le grandi catene alimentari per organizzare con loro una corsia preferenziale per le persone con disabilità per contribuire alla mancanza dei volontari del servizio civile che è stato sospeso durante la pandemia.

Le associazioni di categoria hanno anche svolto un'indagine sui bisogni delle persone cieche o ipovedenti durante la pandemia e sono emersi i seguenti dati che riassumiamo di seguito. Il bisogno di muoversi per i lavoratori, per poter andare al lavoro, avere a disposizione accompagnatori che possano entrare in azienda fino alla postazione di lavoro. Hanno bisogno di maggiore chiarezza sulle misure di fruizione della legge 104 per poter capire come assentarsi dal lavoro e poter rimanere a casa per ridurre il loro rischio di contagio. Importantissima necessità di avere un'attività continuativa dal punto di vista didattico per i bambini e i ragazzi. Inoltre, è emerso il grandissimo bisogno di sentire la vicinanza di altre persone. Sono state create stanze virtuali per le conversazioni ma non sono bastate a far fronte completamente a questo bisogno di vicinanza anche e soprattutto fisica. Questa situazione è stata per tutti fonte di angoscia, ansia e spesso depressione, ma come abbiamo visto per le persone con disabilità è stata un'emergenza nell'emergenza. Problemi come la mancanza di vera inclusione nella nostra società sono state evidenziate in maniera spesso tragica. Questa tragica esperienza mondiale dovrebbe farci riflettere su come sia arrivato il momento di abbracciare la filosofia dell'Universal Design in tutti i campi, dall'informazione, alle infrastrutture, all'organizzazione dei servizi pubblici e privati, alla loro accessibilità e al loro utilizzo. Questa progettazione non ha un destinatario prefissato e non ha lo scopo di risolvere un problema a qualcuno, ha l'obiettivo di eliminare

le possibili barriere prima che si manifestino come tali, indipendentemente dalla persona specifica che può essere danneggiato o favorito. Un esempio di strategia strutturalmente inclusiva per le persone con disabilità visiva potrebbe essere una modalità di comunicazione che sa usare canali sensoriali multipli, privilegiando documenti multimediali.

È dovere di tutti contribuire e lavorare per questa inclusione perché in tutte le testimonianze che abbiamo cercato di condividere in questo nostro articolo ricorrono spesso le stesse parole comunicazione inadatta e non sufficiente, isolamento, informazioni non accessibili, stress, mancanza d'inclusione, di rispetto, la presenza di malessere e il non vedere rispettati i diritti di cittadini.

F. PAZIENTI PSICHIATRICI

L'epidemia da COVID-19 e ciò che essa ha causato - come la quarantena e il distanziamento sociale - hanno influito fortemente su molti aspetti della vita umana causando effetti psicologici significativi quali l'incremento dei livelli di paura, ansia e preoccupazione (Brooks *et al.* 2020, Gardner & Moallef 2015).

Una meta-analisi di recente pubblicazione ha evidenziato un maggiore aumento dei sintomi psichiatrici, depressione e ansia con effetti significativi tra le persone con disturbi mentali preesistenti rispetto ai controlli che non riportavano disturbi mentali (Neelam *et al.* 2021).

La pandemia ci ha messo di fronte a diverse problematiche nel trattamento dei pazienti psichiatrici. La necessità di ricovero dei pazienti in ospedale e l'impossibilità di fornire cure protettive contro il COVID-19 hanno causato stress e tensioni nei pazienti, nelle loro famiglie e negli operatori sanitari. (Nadoushan *et al.* 2020) hanno indagato le diverse cause di preoccupazione per i pazienti ricoverati nei reparti psichiatrici in Iran, per le loro famiglie e per gli operatori, sia durante la degenza in ospedale che dopo la dimissione. Dai risultati è emerso che i pazienti psichiatrici, durante la degenza, erano preoccupati soprattutto dall'impossibilità di incontrare le famiglie ed erano spaventati dall'infezione da COVID-19. Dopo la dimissione, la loro principale preoccupazione riguardava l'impatto negativo della quarantena sulla loro malattia psichiatrica. I *caregiver* hanno indicato, durante

l'ospedalizzazione, di essere preoccupati in primis per la salute dei loro cari affetti da COVID-19 e, dopo le dimissioni, per l'indisponibilità dei medici che avevano in cura i loro familiari. Per quanto riguarda gli operatori sanitari, il contagio da COVID-19 da parte del personale sanitario stesso, è risultata la loro principale preoccupazione.

Altra questione di rilevante importanza è risultata essere l'impatto delle varie conseguenze della pandemia sulla vita quotidiana dei pazienti con disturbi psichiatrici. Uno studio di Favreau *et al.* (2021) ha esaminato gli effetti delle restrizioni e delle preoccupazioni associate alla pandemia, i cambiamenti nella psicopatologia e nell'assistenza sanitaria causati dalla pandemia stessa, nonché l'utilità soggettiva di varie strategie di *coping* nei pazienti con disturbi mentali. Hanno partecipato a questa ricerca 538 pazienti ricoverati con disturbi mentali tra marzo e dicembre 2020.

In accordo con studi precedenti (Alonzi, La Torre & Silverstein 2020; Asmundson *et al.* 2020; Neelam *et al.* 2021; Quittkat *et al.* 2020; Ren *et al.* 2020; Xiong *et al.* 2020), gli autori hanno evidenziato come il carico psicologico della pandemia da COVID-19 sui pazienti con disturbi mentali sia sfociato in un peggioramento dei sintomi preesistenti ma anche nell'insorgenza di nuovi sintomi e di una sostanziale compromissione del trattamento. Sono state riscontrate differenze significative tra i gruppi diagnostici. Nello specifico, i pazienti con disturbi d'ansia sembrano aver sofferto meno le restrizioni nei contatti (come la quarantena) rispetto ai pazienti con disturbi depressivi e ai pazienti con disturbi alimentari. Il minore impatto delle limitazioni nei contatti nei pazienti con disturbi d'ansia può esser dovuto al fatto che, probabilmente, il distanziamento sociale ha parzialmente confermato le ansie interpersonali esistenti e ha rafforzato l'evitamento comportamentale delle situazioni temute. Il peso delle restrizioni potrebbe essere stato percepito in maniera minore da questi pazienti perché è in linea con la psicopatologia specifica del disturbo. Infatti, i pazienti con disturbi d'ansia sono in parte abituati a una frequenza di contatto ridotta.

Tra le restrizioni legate alla pandemia, la riduzione se non l'annullamento della socialità sono stati classificati come altamente dolorosi tra i pazienti con disturbi mentali, evidenziando l'importanza del contatto interpersonale in questo gruppo di persone.

Pertanto, la difficile situazione di maggiore isolamento sociale dovuto alle restrizioni dovrebbe essere affrontata in modo specifico nel trattamento di pazienti con disturbi mentali.

Le attività che prevedono un contatto con altri (anche se in misura limitata) hanno sortito un effetto benefico.

L'importanza generale di rimanere in contatto reciproco, per salvaguardare la salute mentale, è sottolineata anche dal fatto che i contatti sociali virtuali sono risultati essere tra le strategie più utili per far fronte alle difficoltà di interazione diretta.

Il mantenimento di una strutturazione quotidiana regolare del tempo (routine) sembra essere cruciale per i pazienti con anoressia nervosa e disturbo post traumatico da stress. Tramite delle interviste qualitative, si è evinto che la strutturazione quotidiana sia considerata essenziale per regolare le emozioni, le cognizioni e i comportamenti disfunzionali nei disturbi alimentari durante la pandemia (Brown *et al.* 2021). In caso di disturbo post traumatico da stress, la perdita della strutturazione quotidiana potrebbe essere associata a un generale senso di perdita di controllo.

Gli autori concludono affermando che circa la metà del campione ha manifestato un peggioramento dei sintomi e in quasi un quarto si è assistito ad una compromissione del trattamento. In particolare, i pazienti con anoressia nervosa e disturbi depressivi sembrano essere stati più frequentemente e gravemente colpiti rispetto ad altri gruppi diagnostici.

Questi risultati evidenziano l'importanza di tenere presente la diagnosi nel momento in cui si voglia progettare una presa in carico dei pazienti con patologie psichiatriche, in quanto la specificità delle varie psicopatologie può comportare una reazione diversa all'impatto del COVID-19 e, di conseguenza, richiedere interventi specifici.

Inoltre, non va sottovalutato come la pandemia, e tutto ciò che essa ha comportato, possano essere considerati fattori di stress (Kaye-Kauderer *et al.* 2021). È risaputo che l'impatto effettivo dei fattori di stress sulla salute mentale dipenda dalle caratteristiche dei fattori di stress stessi, nonché dai tratti degli individui esposti (Alisic *et al.* 2014; Hensley & Varela 2008; Kendler *et al.* 2006; Marin *et al.* 2011). Uno studio di (Brosch *et al.* 2022) ha voluto indagare proprio quali siano i tratti che possano predire un elevato disagio associato alla pandemia

di COVID-19. Hanno partecipato alla ricerca un totale di 1268 persone (622 controlli sani, 646 pazienti con depressione maggiore, disturbo bipolare, schizofrenia o disturbo schizoaffettivo) ed è stato effettuato un confronto tra le risposte fornite dai partecipanti in un periodo che andava dal 2014 al 2018, con quelle fornite dagli stessi durante il primo *lockdown* in Germania (aprile-maggio 2020).

Dai risultati è emerso che il supporto sociale, l'ansia di tratto e la coscienziosità rappresentano i tratti principali in grado di predire il distress esperito durante la pandemia. Inoltre, anche l'età, il genere e l'impatto del COVID-19 sono stati associati ai livelli di stress. Inoltre, il 30,5% dei pazienti psichiatrici ha riportato un peggioramento dei sintomi durante la pandemia. Questo gruppo di pazienti ha anche riportato livelli di isolamento soggettivo e paura più elevati rispetto al gruppo degli individui sani.

L'isolamento soggettivo percepito dai pazienti psichiatrici è risultato essere associato al livello di supporto sociale e all'impatto del COVID-19. È possibile che gli individui sani abbiano a loro disposizione maggiori risorse di supporto emotivo/sociale che minimizzino la sensazione di isolamento (Hoefnagels, Meesters & Simenon 2007). Inoltre, nella popolazione generale, più di un terzo degli adulti con grave disagio durante la pandemia, ha indicato l'impossibilità di ottenere assistenza sanitaria come uno dei fattori contribuenti all'aumento del disagio, evidenziando ulteriormente la necessità di facilitare la fruizione delle cure (fisiche e mentali) durante il *lockdown* (McGinty *et al.* 2020).

In entrambi i gruppi di partecipanti, psichiatrici e non, la sensazione di paura è risultata essere predetta da una maggiore ansia di tratto, un maggiore impatto del COVID-19, una maggiore coscienziosità e genere femminile. In generale, basso supporto sociale, alta coscienziosità e alta ansia di tratto sono risultati associati a livelli elevati di *distress* durante la pandemia.

Gli autori sottolineano come queste variabili potrebbero essere preziose per la creazione di profili di rischio di disagio correlato al COVID-19 da tradurre direttamente nella pratica clinica e nell'attuazione di strategie preventive.

Per quanto riguarda il contesto italiano, l'epidemia ha indubbiamente messo a dura prova il Sistema Sanitario Nazionale (SSN), suscitando gravi preoccupazioni sulla capacità del sistema di rispondere

efficacemente ai bisogni dei pazienti contagiati dal virus, in particolare di quelli che necessitassero di ricovero in terapia intensiva (Remuzzi & Remuzzi 2020). Oltre che sulla salute fisica, l'epidemia ha avuto un forte impatto anche sulla salute mentale della popolazione (Fiorillo & Gorwood 2020; Torales *et al.* 2020; Pfefferbaum & North 2020; Freeman 2020). Gli effetti di tale impatto saranno probabilmente evidenti a lungo termine, ponendo una serie di sfide a livello globale che dovranno essere affrontate in modo appropriato (Nicol *et al.* 2020).

Finora, sono stati pubblicati pochi studi a livello nazionale relativi alla risposta dei servizi di salute mentale alla pandemia. La maggior parte degli articoli provengono dalla Cina, dal momento che è stato il primo Paese ad entrare in contatto con questo nuovo virus (Li *et al.* 2020; Cui, Wang & Wang 2020; Xiang *et al.* 2020; Yang *et al.* 2020).

In Italia, il Sistema Sanitario Nazionale si trova ora ad affrontare le sfide della fase post-acuta della pandemia. Secondo l'ultimo Rapporto sulla Salute Mentale, emesso dal Ministero della Salute (2017), l'Italia conta un totale di 134 Dipartimenti di Salute Mentale attivi, con 1481 Centri di Salute Mentale Comunitari, 2346 Strutture Residenziali e 318 Reparti Psichiatrici negli Ospedali Generali.

La forte limitazione della circolazione per la popolazione, il timore dei pazienti di essere contagiati, una serie di ordinanze nazionali e/o regionali come quelle che limitano l'intervento ospedaliero ai casi urgenti, la riduzione obbligatoria del personale attivo e dei rispettivi turni possono spiegare, almeno in parte, la diminuzione delle attività erogate dai servizi di comunità: riduzione degli orari di accesso, limitazione delle visite psichiatriche solo per casi gravi, riduzione di altre attività come interventi psicosociali e riabilitativi, monitoraggio dei pazienti che vivono in Strutture residenziali, ecc.

Uno studio condotto da Carpiello *et al.* (2020) sul territorio italiano evidenzia come i Dipartimenti di Salute mentale abbiano affrontato le esigenze assistenziali per le popolazioni interessate attraverso l'implementazione di contatti a distanza (telefonate e/o videochiamate), sebbene non siano ancora disponibili dati qualitativi e/o quantitativi affidabili su queste misure a livello nazionale. Tuttavia, i dati emersi da tale indagine mostrano che il primo grande trial sull'applicazione della telepsichiatria su scala nazionale si è svolto in Italia du-

rante la pandemia. Una recente revisione degli studi su questo argomento ha evidenziato come gli interventi di salute mentale eseguiti a distanza siano efficaci quanto quelli condotti in presenza, sebbene siano state sollevate preoccupazioni in merito ai problemi di privacy e all'utilità della telepsichiatria in situazioni di emergenza, come quella che ci troviamo ad affrontare in questo periodo (Hubley *et al.* 2016). Tuttavia, la telepsichiatria è attualmente considerata la modalità più efficace per garantire i servizi di salute mentale ed assicurare interventi nelle circostanze associate alla pandemia di COVID-19 (Hubley *et al.* 2016; Smith *et al.* 2019; Druss 2020), con soluzioni simili adottate in una serie di altri paesi (Zhou *et al.* 2020; Kavour, Chakravarthy & John 2020; Yao, Chen & Xu 2020; Liu *et al.* 2020).

In Italia, le misure adottate sono state finalizzate a garantire contatti a distanza tali da fornire monitoraggio clinico, supporto psicologico, insegnamento delle misure di sicurezza (es. distanziamento sociale e lavaggio delle mani), modifica di trattamenti farmacologici secondo necessità e raccolta di informazioni sulla salute fisica degli utenti e degli operatori sanitari, in particolare febbre e/o sintomi respiratori. In diversi Dipartimenti di Salute Mentale, le psicoterapie individuali sono state erogate utilizzando piattaforme audiovisive. In tal modo, le attività ordinarie di routine sono state parzialmente sostituite (Carpiniello *et al.* 2020).

Il limitato aumento delle segnalazioni di ricoveri ospedalieri sia volontari che obbligatori ed il trascurabile incremento dei comportamenti aggressivi nei pazienti in comunità sembrano indicare che l'assistenza in comunità non abbia avuto riscontri sostanzialmente negativi, almeno nel breve termine. Tuttavia, la sostanziale diminuzione degli interventi psicoterapeutici, psicosociali e riabilitativi, potrà rivelarsi particolarmente dannosa a lungo termine per le persone affette da gravi disturbi mentali (Chaturvedi 2020), considerate in queste circostanze la fascia più vulnerabile della popolazione. Inoltre, l'impossibilità di fornire un nuovo accesso ai Centri di Salute Mentale Comunitari potrebbe aver impedito a gran parte della popolazione esposta all'impatto psicologico negativo dell'epidemia (Fiorillo & Gorwood 2020) di ottenere l'aiuto del Sistema Sanitario pubblico. La riduzione dei posti letto nei reparti psichiatrici degli ospedali generali è stato il prezzo da pagare per la conversione di numerosi reparti in Unità Intensive COVID-19, a causa della drammatica mancanza di posti letto

in queste unità. Allo stesso modo, la marcata limitazione dei ricoveri ospedalieri programmati solo per i casi gravi possono giustificare l'osservata riduzione dei tassi di ospedalizzazione nei reparti psichiatrici degli ospedali generali. Inoltre, con particolare attenzione ai ricoveri volontari, la paura del contagio potrebbe aver dissuaso i bisognosi di terapia intensiva dal chiedere il ricovero. Fortunatamente, il carico psicologico prodotto dall'emergenza pandemica non sembra aver portato ad un aumento dei tassi di agitazione psicomotoria e/o di violenza nei reparti psichiatrici.

Riassumendo, i principali problemi individuati includono la gestione dei casi acuti di COVID-19 nelle unità di degenza, le limitazioni nel monitoraggio sia dei pazienti ricoverati che del personale, principalmente a causa della limitata disponibilità di scambi di turni, e la carenza di dispositivi di protezione per gli operatori della salute mentale. Sebbene, ad oggi, il sistema di salute mentale di comunità sembri aver avuto successo nell'affrontare le sfide evidenziate, qualora dovessero persistere le restrizioni ai livelli operativi, in particolare nel campo degli interventi psicosociali, è possibile che il sistema non riuscirà più a far fronte alle problematiche emergenti. Inoltre, nel prossimo futuro saranno messi a dura prova i Dipartimenti di Salute Mentale a causa del previsto aumento dei disturbi mentali a seguito non solo del prolungamento del confinamento domiciliare e di un forzato, e quasi radicale, cambiamento di stile di vita, ma anche a seguito della crisi economica che stiamo vivendo. Quest'ultima potrà produrre importanti conseguenze sulla salute mentale (Martin-Carrasco *et al.* 2016) sia in termini di nuovi casi e di peggioramento dei pazienti già in cura, che in termini di aumento dei tassi di suicidio. Particolare preoccupazione è determinata dalle persone affette da malattie mentali gravi, poichè una tale criticità richiede la resilienza, le risorse di *coping*, che potrebbero mancare in questo gruppo di pazienti, nonché una rete di supporto sociale (Yahya, Khawaja & Chukwuma 2020). Inoltre, la pandemia potrebbe aver ulteriormente aggravato la salute fisica di questi individui, notoriamente affetti da comorbidità fisiche croniche, in conseguenza delle riconosciute disuguaglianze nell'accesso all'assistenza sanitaria e del peggioramento dei determinanti sociali negativi della salute (Melamed *et al.* 2020).

CASO CLINICO²⁶: *Un signore di 43 anni con disabilità fisica ha chiamato al numero verde del Centro Alfredo Rampi dichiarandosi intenzionato a togliersi la vita attraverso l'ingestione di un liquido nocivo non meglio specificato. La psicologa del Centro Rampi che ha accolto la chiamata ha immediatamente coinvolto i colleghi tramite un gruppo Whatsapp appositamente creato per fornire supporto logistico ed emotivo all'équipe in casi di chiamate di emergenza, come questa.*

La psicologa nel mentre ha continuato il suo supporto alla persona telefonicamente, cercando di istaurare da subito un'alleanza, accogliendo e legittimando le sue emozioni e i suoi pensieri.

Inoltre, ha cercato di reperire le informazioni necessarie, come indirizzo di casa o presenza di familiari nell'abitazione, da comunicare a una figura ponte nel gruppo che avrebbe chiamato il numero unico delle emergenze 112 per attivare la catena dei Soccorsi.

Nel luogo così identificato si sono recati i Vigili del Fuoco assicurandosi delle condizioni della persona in questione.

La collega che ha preso la chiamata successivamente ha anche allertato il CSM Territoriale per informare i Servizi che hanno in carico la persona dell'ideazione suicidaria manifestata.

Nel corso della chiamata alcune frasi riportate dalla persona hanno fatto comprendere alla psicologa che mediante il suo intervento era riuscita effettivamente ad agganciarla e scoraggiarla dal tentativo di togliersi la vita. Una frase nello specifico che ha riferito la psicologa al gruppo è stata "l'ho fatta sorridere".

La collega alla fine dell'intervento ha condiviso con il gruppo le sue stesse emozioni provate durante il supporto telefonico, trovando sostegno e accoglienza.

²⁶ Il caso descritto è stato condotto dalla psicologa delle emergenze Veronica Pasquariello

BIBLIOGRAFIA

- ALISIC, E., ZALTA, A. K., VAN WESEL, F., LARSEN, S. E., HAFSTAD, G. S., HASSANPOUR, K., & SMID, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204(5), 335-340. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131227>.
- ALONZI, S., LA TORRE, A., & SILVERSTEIN, M. W. (2020). The psychological impact of preexisting mental and physical health conditions during the COVID-19 pandemic. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 12(S1), S236. <https://doi.org/10.1037/tra0000840>.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5*. Arlington, VA. (Tr. it.: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione, DSM-5*. Raffaello Cortina Editore, Milano).
- ANFFAS NAZIONALE (2020). *Coronavirus e disabilità intellettive: alcuni suggerimenti per una corretta informazione e per gestire lo stress* (prima parte). Disponibile al Anffas.net
- ANFFAS NAZIONALE (2020). *Coronavirus e disabilità intellettive: alcuni suggerimenti per una corretta informazione e per gestire lo stress* (seconda parte). Disponibile al Anffas.net
- ASMUNDSON, G. J., PALUSZEK, M. M., LANDRY, C. A., RACHOR, G. S., MCKAY, D., & TAYLOR, S. (2020). Do pre-existing anxiety-related and mood disorders differentially impact COVID-19 stress responses and coping? *Journal of anxiety disorders*, 74, 102271. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102271>.
- BROOKS, S. K., WEBSTER, R. K., SMITH, L. E., WOODLAND, L., WESSELY, S., GREENBERG, N., & RUBIN, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, 395(10227), 912-920. [DOI:10.1016/S0140-6736(20)30460-8]
- BROSCH, K., MELLER, T., PFARR, J. K., STEIN, F., SCHMITT, S., RINGWALD, K. G., ... & KIRCHER, T. (2022). Which traits predict elevated distress during the COVID-19 pandemic? Results from a large, longitudinal cohort study with psychiatric patients and healthy controls. *Journal of affective disorders*, 297, 18-25.
- BROWN, S., OPITZ, M. C., PEEBLES, A. I., SHARPE, H., DUFFY,

- F., & NEWMAN, E. (2021). A qualitative exploration of the impact of COVID-19 on individuals with eating disorders in the UK. *Appetite*, 156, 104977. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104977>.
- CARPINIELLO, B., TUSCONI, M., ZANALDA, E., DI SCIASCIO, G., & DI GIANNANTONIO, M. (2020). Psychiatry during the COVID-19 pandemic: a survey on mental health departments in Italy. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-12.
- CERNIGLIA, L., CIMINO, S., AMMANITI, M. (2020). L'impatto del periodo di isolamento legato al COVID-19 nello sviluppo psicologico infantile. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 2 agosto 2020, pp. 187-190.
- CHATURVEDI, S. K. (2020). COVID-19, coronavirus and mental health rehabilitation at times of crisis. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 7(1), 1-2. <https://doi.org/10.1007/s40737-020-00162-z>.
- COLIZZI, M., SIRONI, E., ANTONINI, F., CICERI, M. L., BOVO, C., ZOCCANTE, L. (2020). Psychosocial and Behavioral Impact of COVID-19 in Autism Spectrum Disorder: An Online Parent Survey. *Brain Sciences*, 10 (6), 341. doi: 10.3390/brainsci10060341.
- COURTENAY, K. & PERERA, B. (2020). COVID-19 and people with intellectual disability: impacts of a pandemic,. *Irish Journal of Psychological Medicine*.
- CUI, L. B., WANG, X. H., & WANG, H. N. (2020). Challenges of facing coronavirus disease 2019: Psychiatric services for patients with mental disorders. <https://doi.org/10.1111/pcn.13003>.
- DROGOMYRETSKA, K., Fox, R. & Colbert, D. (2020). Brief Report: Stress and Perceived Social Support in Parents of Children with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21.
- DRUSS, B. G. (2020). Addressing the COVID-19 pandemic in populations with serious mental illness. *JAMA psychiatry*, 77(9), 891-892.
- FAVREAU, M., HILLERT, A., OSEN, B., GÄRTNER, T., HUNATSCHEK, S., RIESE, M., ... & VODERHOLZER, U. (2021). Psychological consequences and differential impact of the COVID-19 pandemic in patients with mental disorders. *Psychiatry research*, 302, 114045.
- FIORILLO, A., & GORWOOD, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 63(1). <https://doi.org/10.1192/>

j.eurpsy.2020.35.

FREEMAN, M. P. (2020). COVID-19 from a psychiatry perspective: meeting the challenges. *The Journal of clinical psychiatry*, 81(2), 3911. <https://doi.org/10.4088/JCP.20ed13358>.

GARDNER, P. J., & MOALLEF, P. (2015). Psychological impact on SARS survivors: Critical review of the English language literature. *Canadian psychology/psychologie canadienne*, 56(1), 123.

GARG S., DESHMUKH C. P. , SINGH M. M., BORLE A. & WILSON B.S. (2021). Challenges of the deaf and Hearing Impaired in the Masked World of COVID-19. *Indian J Community Med*. 2021 Jan-Mar; 46(1): 11–14. Published online 2021 Mar 1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8117910/>

GIORNALE ALTO ADIGE, *I nostri ragazzi dell'aia sono la speranza più grande*, articolo del 28 marzo 2020.

GULLI T., VOLTERRA V. (2021). La comunità sorda segnante italiana all'epoca del coronavirus: lingua dei segni e accessibilità. *Micromega*. <https://www.istic.cnr.it/sites/default/files/micromegagulli-volterra.pdf>

HENSLEY, L., & VARELA, R. E. (2008). PTSD symptoms and somatic complaints following Hurricane Katrina: The roles of trait anxiety and anxiety sensitivity. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(3), 542-552. <https://doi.org/10.1080/15374410802148186>.

HOEFNAGELS, C., MEESTERS, C., & SIMENON, J. (2007). Social support as predictor of psychopathology in the adolescent offspring of psychiatric patients. *Journal of Child and Family Studies*, 16(1), 87-97. <https://doi.org/10.1007/s10826-006-9070-9>.

HUBLEY, S., LYNCH, S. B., SCHNECK, C., THOMAS, M., & SHORE, J. (2016). Review of key telepsychiatry outcomes. *World journal of psychiatry*, 6(2), 269. <https://doi.org/10.5498/wjp.v6.i2.269>.

ITALIAN MINISTRY OF HEALTH (2017). Mental Health Report. http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2841.

KAVOOR, A. R., CHAKRAVARTHY, K., & JOHN, T. (2020). Remote consultations in the era of COVID-19 pandemic: Preliminary experience in a regional Australian public acute mental health care setting. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102074. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102074>.

- KAYE-KAUDERER, H., FEINGOLD, J. H., FEDER, A., SOUTHWICK, S., & CHARNEY, D. (2021). Resilience in the age of COVID-19. *BJPsych Advances*, 27(3), 166-178. <https://doi.org/10.1192/bja.2021.5>.
- KENDLER, K. S., GATZ, M., GARDNER, C. O., & PEDERSEN, N. L. (2006). Personality and major depression: a Swedish longitudinal, population-based twin study. *Archives of general psychiatry*, 63(10), 1113-1120. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.10.1113>.
- LI, W., YANG, Y., LIU, Z. H., ZHAO, Y. J., ZHANG, Q., ZHANG, L., ... & XIANG, Y. T. (2020). Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. *International journal of biological sciences*, 16(10), 1732. <https://doi.org/10.7150/ijbs.4512>.
- LIM, T., TAN, M. Y., AISHWORIYA, R., & KANG, Y. Q. (2020). Autism Spectrum Disorder and COVID-19: Helping Caregivers Navigate the Pandemic. *Annals, Academy of Medicine*, Singapore, 49 (6), 384-386.
- LIU, S., YANG, L., ZHANG, C., XIANG, Y. T., LIU, Z., HU, S., & ZHANG, B. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e17-e18. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8).
- MARIN, M. F., LORD, C., ANDREWS, J., JUSTER, R. P., SINDI, S., ARSENAULT-LAPIERRE, G., ... & LUPIEN, S. J. (2011). Chronic stress, cognitive functioning and mental health. *Neurobiology of learning and memory*, 96(4), 583-595. <https://doi.org/10.1016/j.nlm.2011.02.016>.
- MARTIN-CARRASCO, M., EVANS-LACKO, S., DOM, G., CHRISTODOULOU, N. G., SAMOCHOWIEC, J., GONZÁLEZ-FRAILE, E., ... & WASSERMAN, D. (2016). EPA guidance on mental health and economic crises in Europe. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 266(2), 89-124.
- MCCALLION, P. & MCCARRION, M. (2004). Ageing and intellectual disabilities: A review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 5, 349-52.
- MCGINTY, E. E., PRESSKREISCHER, R., ANDERSON, K. E., HAN, H., & BARRY, C. L. (2020). Psychological distress and COVID-19-related stressors reported in a longitudinal cohort of US adults in April and July 2020. *Jama*, 324(24), 2555-2557. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.21231>.

MELAMED, O. C., HAHN, M. K., AGARWAL, S. M., TAYLOR, V. H., MULSANT, B. H., & SELBY, P. (2020). Physical health among people with serious mental illness in the face of COVID-19: Concerns and mitigation strategies. *General hospital psychiatry*, 66, 30-33. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.06.013>.

NADOUSHAN, A. H. J., SHIRDEL, S., SHOKRANI, M., POUR-ZARABIAN HAGHIGHI, P., ALAVI, M. S., & ALAVI, K. (2020). Difficulties and Concerns of Patients with Severe Mental Disorders and Their Caregivers During Hospitalization and After Discharge During the First Wave of COVID-19 Epidemic. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 26(3), 348-359.

NARZISI, A. (2020) Phase 2 and Later of COVID-19 Lockdown: Is it Possible to Perform Remote Diagnosis and Intervention for Autism Spectrum Disorder? *An Online-Mediated Approach. Journal of Clinical Medicine*, 9, 1850; doi:10.3390/jcm9061850.

NARZISI, A. (2020). Handle the Autism Spectrum Condition during Coronavirus (COVID-19) Stay at Home Period: Ten Tips for Helping Parents and Caregivers of Young Children. *Brain Sciences*, 10 (4), 207. doi: 10.3390/brainsci10040207.

NARZISI, A., POSADA, M., BARBIERI, F., CHERICONI, N., CIUFFOLINI, D., PINZINO, M., ROMANO, R., SCATTONI, M.L., TANCREDI, R., CALDERONI, S., & MURATORI, F. (2018). Prevalence of Autism Spectrum Disorder in a large Italian catchment area, A school-based population study within the ASDEU project. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e5. doi: 10.1017/S2045796018000483.

NEELAM, K., DUDDU, V., ANYIM, N., NEELAM, J., & LEWIS, S. (2021). Pandemics and pre-existing mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Brain, behavior, & immunity-health*, 10, 100177. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100177>.

NICOL, G. E., KARP, J. F., REIERSEN, A. M., ZORUMSKI, C. F., & LENZE, E. J. (2020). “What were you before the war?” Repurposing psychiatry during the COVID-19 pandemic. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 81(3), 18086. <https://doi.org/10.4088/JCP.20com13373>.

OMS (WHO) (2002). ICF [CIF], *Classificazione Internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute*. Trento: Erickson.

OSSERVATORIONAZIONALEAUTISMO ISS (2020). Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spet-

tro autistico e/o con disabilità intellettiva nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2. *Rapporto ISS COVID-19* n. 8/2020 Rev. 2

PANERAI, S., TASCA, D., FERRI, R., CATANIA, V., GENITORI D'ARRIGO, V., DI GIORGIO, R., ZINGALE, M., TRUBIA, G., TORRISI, A., & ELIA, M. (2016). Metacognitive and emotional/motivational executive functions in individuals with autism spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder: preliminary results. *Rivista di Psichiatria*, 51 (3), 104-109. doi: 10.1708/2304.24794.

PFEFFERBAUM, B., & NORTH, C. S. (2020). Mental health and the COVID-19 pandemic. *New England Journal of Medicine*, 383(6), 510-512. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>.

PRATI, G. (2020). Mental health and its psychosocial predictors during national quarantine in Italy against the coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Anxiety, Stress, & Coping*, 1-12.

QUITTKAT, H. L., DÜSING, R., HOLTMANN, F. J., BUHLMANN, U., SVALDI, J., & VOCKS, S. (2020). Perceived impact of COVID-19 across different mental disorders: a study on disorder-specific symptoms, psychosocial stress and behavior. *Frontiers in Psychology*, 11, 586246. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586246>.

REMUZZI, A., & REMUZZI, G. (2020). COVID-19 and Italy: what next? *The lancet*, 395(10231), 1225-1228. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30627-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30627-9).

REN, X., HUANG, W., PAN, H., HUANG, T., WANG, X., & MA, Y. (2020). Mental health during the COVID-19 outbreak in China: a meta-analysis. *Psychiatric Quarterly*, 91(4), 1033-1045. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09796-5>.

SIDIN (2020). Consigli per la gestione dell'epidemia COVID-19 e dei fattori di distress psichico associati per le persone con disabilità intellettiva e autismo con necessità elevata e molto elevata di supporto, Scudo per distress psichico da COVID-19 – v1.4 15/3/19.

SMITH, A. C., THOMAS, E., SNOSWELL, C. L., HAYDON, H., MEHROTRA, A., CLEMENSEN, J., & CAFFERY, L. J. (2020). Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of telemedicine and telecare*, 26(5), 309-313. <https://doi.org/10.1177/1357633X20916567>.

SORESI, S. (2007). *Psicologia della disabilità*. Bologna: Il Mulino.

TORALES, J., O'HIGGINS, M., CASTALDELLI-MAIA, J. M., & VENTRIGLIO, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus

and its impact on global mental health. *International journal of social psychiatry*, 66(4), 317-320. <https://doi.org/10.1177/0020764020915212> [Epub ahead of print].

XIANG YT, ZHAO YJ, LIU ZH, LI XH, ZHAO N, CHEUNG T, Ng CH. The COVID-19 outbreak and psychiatric hospitals in China: managing challenges through mental health service reform. <https://doi.org/10.7150/ijbs.45072> eCollection 2020.

XIONG, J., LIPSITZ, O., NASRI, F., LUI, L. M., GILL, H., PHAN, L., ... & MCINTYRE, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 277, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>.

YAHYA, A. S., KHAWAJA, S., & CHUKWUMA, J. (2020). The impact of COVID-19 in psychiatry. *The primary care companion for CNS disorders*, 22(2), 26924. <https://doi.org/10.4088/PCC.20102627>.

YANG, Y., LI, W., ZHANG, Q., ZHANG, L., CHEUNG, T., & XIANG, Y. T. (2020). Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e19. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30079-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30079-1).

YAO, H., CHEN, J. H., & XU, Y. F. (2020). Rethinking online mental health services in China during the COVID-19 epidemic. *Asian journal of psychiatry*, 50, 102015. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102015>.

ZHOU, X., SNOSWELL, C. L., HARDING, L. E., BAMBLING, M., EDIRIPPULIGE, S., BAI, X., & SMITH, A. C. (2020). The role of telehealth in reducing the mental health burden from COVID-19. *Telemedicine and e-Health*, 26(4), 377-379. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0068>.

ZINGALE, M., CITTÀ, S., BELFIORE, G., CARRUBBA, A., ELIA, F., MASALI, G., MONGELLI, V., OCCHIPINTI, P., PETTINATO, E., RECUPERO, M., SCHILLACI, D., SCIACCA, G., SIRNI, V., TORRISI, A. M., TRUBIA, G., VASTA, A. M. N., ZAGARIA, T., & BUONO, S. (2020). Psychological intervention for people with Intellectual disability, their caregiver and healthcare professionals during the COVID-19 pandemic. *Life Span and Disability*, 23 (1), 153-164.

SITOGRAFIA

ABILI A PROTEGGERE (2020, 2 aprile). Intervista a Giuseppe Petrucci, presidente Ens [Video]. YouTube. [Intervista di G. Petrucci].

<https://www.youtube.com/watch?v=-8j4TkuV6jU>

ARRIGONI C. (2020), Coronavirus, rischi e problemi per ciechi e ipovedenti: "Non lasciateci soli", Corriere della sera. <https://invisibili.corriere.it/2020/03/26/coronavirus-rischi-e-problemi-per-ciechi-e-ipovedenti-non-lasciateci-soli/>

CABSS ONLUS (2020, 26 marzo). Psicologia e Coronavirus: supporto per persone sorde e famiglie con bimbi sordi e sordociechi. [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=wQYb3RfVVxg>

CORCELLA R. (2021), COVID-19, appello dell'Unione Ciechi: "Priorità nell'accesso al vaccino", Corriere della Sera. https://www.corriere.it/salute/disabilita/21_gennaio_04/COVID-19-appello-dell-unione-ciechi-priorita-nell-accesso-vaccino-055ea36a-4e9e-11eb-80d3-dd4bb2b89fab.shtml

CORONAVIRUS E DISABILITÀ VISIVA: INTERVISTA AL PRESIDENTE UICI MARIO BARBUTO. Abili a proteggere. [Intervista di M. Barbuto] <https://www.abiliaproteggere.net/2020/03/20/coronavirus-e-disabilita-visiva-intervista-uici/>.

COVID-19. CONSULCESI: "Sono 45 mila gli italiani sordi che non riescono a comunicare con il medico". [Editoriale]. (2023, 8 maggio). Quotidianosanità.it. https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=90565

ENTE NAZIONALE SORDI (2020, 6 aprile) Questionario per la rilevazione dei bisogni delle persone sorde – Emergenza Coronavirus [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=sJnoRyIJxw>

GIUCA E. (2020), COVID-19. ANCHE I SORDI HANNO DIRITTO ALL'INFORMAZIONE, Retisolidali. <https://www.retisolidali.it/la-lingua-dei-segni-per-informare-i-sordi-sul-COVID-19/>

LATTANZI A. (2020, 8 giugno), Coronavirus, la vita impossibile dei sordi con le mascherine: "Ci serve leggere il labiale" [Video] Youtube. La Repubblica. <https://www.youtube.com/watch?v=vUxMDmuQRHQ>. Ultima visita 06/02/2023.

OCCHIO ALLA NOTIZIA (2020, 18 aprile). COVID-19: le difficoltà della comunità sorda [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=UV-2FRm3jsQ>

OMS: non lasciate soli i disabili visivi. 20/03/2020. IAPB Italia Onlus. <https://iapb.it/oms-non-lasciate-soli-i-disabili-visivi/>.

UICI: SPORTELLO gratuito DI ASCOLTO PSICOLOGICO COVID-

19. Unione Italiana Ciechi e Ipovedenti (ONLUS APS) sezione territoriale di Bergamo. <http://www.uicibergamo.org/Main/dettaglio/537>
WMF WE MAKE FUTURE (2020, 20 aprile). Comunità Sorda e COVID-19 - Consuelo Agnesi - Start The Future - 7 aprile 2020. [Video]. YouTube. [Intervista di C. Agnesi]. <https://www.youtube.com/watch?v=FziieGZNMLk>.

6. LA SALUTE MENTALE DEGLI OPERATORI SANITARI DURANTE E DOPO LA PANDEMIA DA COVID-19.

Alessandra Terenzi

Secondo un rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nei primi diciotto mesi della pandemia, circa 115.500 operatori sanitari sono morti nel mondo a causa del COVID-19. Proprio durante l'apertura dell'Assemblea annuale dell'OMS²⁷, il direttore generale Tedros Adhanom Ghebreyesus ha evidenziato i numerosi sacrifici che sono stati compiuti dagli operatori sanitari, con testuali parole:

Per quasi 18 mesi, gli operatori sanitari di tutto il mondo sono rimasti in bilico tra la vita e la morte. Hanno salvato innumerevoli vite e combattuto per altri che, nonostante i loro migliori sforzi, sono scivolati via. Molti stessi sono stati infettati e, sebbene le segnalazioni siano scarse, stimiamo che almeno 115.000 operatori sanitari abbiano pagato il prezzo più alto al servizio degli altri.

L'emergenza sanitaria, infatti, ha determinato per gli operatori un alto rischio di infezione, malattia e morte. Da oltre due anni assistono alla sofferenza, alla morte dei propri pazienti ma anche a quella di familiari e colleghi. Sono stati costretti a ritmi di lavoro intensi, a farsi carico di scelte emotivamente ed eticamente molto complicate e, all'interno di un clima lavorativo fortemente stressante, si è aggiunta anche la frustrazione legata all'isolamento e alla lontananza dalla propria famiglia. Paura, rabbia ed impotenza sono solo alcuni dei vissuti che hanno generato nel personale malessere fisico, psicologico e, in alcuni casi, disturbi psichiatrici.

Il seguente lavoro è focalizzato sulla salute mentale dei professionisti sanitari durante e dopo la pandemia da COVID-19 e si pone come obiettivo quello di evidenziare come il loro benessere mentale sia fortemente a rischio. In tale contesto, emotivamente e fisicamente stres-

²⁷ 74esima Assemblea Mondiale della Sanità, maggio 2021.

sante, è necessario attuare maggiori interventi di prevenzione e promozione della salute psicologica, grazie all'aiuto di figure competenti e specifiche, quali gli psicologi.

A. STUDI SULLA SALUTE MENTALE DEGLI OPERATORI SANITARI DURANTE LA PANDEMIA

Nel dicembre 2019 è subentrata una nuova minaccia: il COVID-1. I primi focolai di questa nuova forma di coronavirus sono stati individuati in Cina dalle autorità cinesi, precisamente nella città di Wuhan, ed il 30 gennaio l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato l'epidemia di Coronavirus in Cina *Emergenza Internazionale di salute pubblica*²⁸, elevando successivamente la minaccia a livello "molto alto" (28 febbraio 2020). L'11 marzo 2020 il direttore generale dell'OMS ha definito la diffusione del COVID-19 non più un'epidemia confinata a specifiche zone geografiche, ma una pandemia diffusa in tutto il pianeta. La pandemia ha generato ben presto un forte impatto sia sulla popolazione generale che sui sistemi sanitari dei diversi paesi colpiti in quanto ciascun servizio sanitario si è adoperato per potenziare le proprie capacità di risposta alla minaccia, adottando di conseguenza nuove misure strutturali ed organizzative (tra le quali acquisizione di nuove attrezzature, aumento dei posti letto in ospedale e assunzione di nuovo personale sanitario). Queste nuove modifiche hanno comportato un aumento del carico di lavoro e dello stress subito dagli operatori sanitari che hanno lavorato in prima linea durante tutta la pandemia per salvaguardare la vita dei pazienti. Tale scenario ha avuto un forte impatto sul benessere psicologico ed emotivo di tali professionisti e sono numerosi gli studi condotti nel mondo che evidenziano come tali situazioni critiche di emergenza possano avere effetti negativi sulla salute o produrre altri effetti psicosociali.

Alcuni autori (Fiorillo *et al.* 2020) hanno confrontato la pandemia

²⁸ *Public Health Emergency of International Concern* (PHEIC): evento straordinario che può costituire una minaccia sanitaria per gli altri Stati membri attraverso la diffusione di una malattia e richiedere potenzialmente una risposta coordinata a livello internazionale (International Health regulations, IHR, 2005).

di SARS-CoV-2 con ulteriori emergenze sanitarie, con lo scopo di verificarne le conseguenze sulla salute mentale: la pandemia da COVID-19, a differenza dei disastri naturali che sono entità localizzate con possibilità di fuga, o delle guerre e conflitti internazionali che consentono un'identificazione del nemico, rappresenta invece una condizione invisibile e diffusa che potrebbe colpire chiunque. La pandemia può essere considerata quindi un fattore traumatico e stressante che può portare nella popolazione l'insorgenza di sintomi e/o disturbi psichiatrici. Gli studi effettuati sull'argomento dimostrano, per l'appunto, che disastri su larga scala (terremoti, guerre, crisi economiche, maremoti) aumentano in tutta la popolazione la prevalenza di disturbi d'ansia, depressivi, dell'adattamento e post-traumatici da stress. La pandemia da COVID-19 è a tutti gli effetti un disastro sanitario ed economico su larga scala e come tale, necessita di interventi integrati e complessi che siano attuati su molteplici livelli operativi e che ne limitino il più possibile le conseguenze sanitarie, politiche e sociali (North et Pfefferbaum 2013).

Ricerche passate che si sono focalizzate sull'esperienza degli operatori sanitari durante le epidemie hanno individuato fattori significativi che possono influenzare la loro salute mentale. In particolare, la disponibilità carente di risorse e di dispositivi di protezione, la mancanza di preparazione organizzativa, la costante minaccia alla loro sicurezza personale e la testimonianza quotidiana di molteplici morti difficili o traumatiche (Styra et al. 2008; Shimma *et al.* 2010) sono da considerare fattori di rischio che possono contribuire ad una vulnerabilità a sviluppare sintomi acuti di depressione, *burnout*, nonché a lungo termine, al rischio di sviluppare disturbi stress-correlati come il PTSD.

È proprio uno studio in fase di aggiornamento, denominato *HEROES (The COVID-19 HEalth caRe wOrkErS study)*²⁹ che si pone l'obiettivo di sottolineare le difficoltà ed i problemi che quotidianamente incontrano gli operatori sanitari nella lotta contro il COVID-19, con lo scopo produrre risultati che possano indirizzare azioni e politiche di sostegno in favore degli operatori. Lo studio si fonda su una rete collaborativa iniziale di 28 Paesi, compresa l'Italia e ha come promotori dello studio la *Pan American Health Organization (PAHO-*

²⁹ Impatto del COVID-19 sugli operatori sanitari: lo studio HEROES (iss.it).

WHO), sezione americana dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Ad agosto 2021, i partecipanti allo studio erano circa 34.000 operatori sanitari e dai rapporti preliminari specifici per Paese, attualmente viene confermato l'impatto negativo della pandemia sulla salute mentale del personale sanitario.

In linea con questa prospettiva, di seguito verranno riportati diversi studi nel mondo che si sono focalizzati principalmente sulla salute mentale degli operatori sanitari. Nonostante la loro grande capacità di fronteggiare situazioni pressanti e di resilienza, una particolare attenzione deve essere anche posta alle conseguenze psicologiche e psicopatologiche che l'emergenza sanitaria ha avuto su tale categoria professionale. Sebbene la morte rappresenti un'esperienza comune e familiare per il personale sanitario, tuttavia, la pandemia da COVID-19 ha riportato situazioni caratterizzata da tassi maggiori di contagiosità e letalità rispetto alle epidemie passate ed è per questo che molti operatori sanitari hanno vissuto e tutt'ora vivono livelli di stress elevati e senza precedenti (Chen *et al.* 2020; Mahase 2020).

In Cina, uno dei Paesi maggiormente colpiti dall'epidemia da COVID-19, sono stati effettuati diversi sondaggi online con lo scopo di valutare la salute mentale sia della popolazione generale che del personale medico (23 sondaggi). Uno di questi sondaggi multicentrici è stato condotto a Guangzhou ed ha coinvolto 1563 squadre di OS, riportando risultati allarmanti: una prevalenza di depressione del 51%, ansia del 45%, insonnia del 36% e sintomi di stress del 73% (Liu *et al.* 2020). Un ulteriore studio (Jianbo *et al.* 2020) che si è basato su un'indagine svolta dal 29 gennaio al 3 febbraio su un campione di OS (1.257) che hanno prestato assistenza a pazienti affetti da COVID-19 in 34 ospedali della Cina, ha riportato come una considerevole percentuale di essi ha riferito di aver sperimentato sintomi di depressione, ansia, insonnia e angoscia. Nello specifico: il 50% degli operatori ha avuto sintomi di depressione, il 45% di ansia, il 34% di insonnia ed il 71% di angoscia. Gli infermieri riportano sintomi particolarmente gravi a causa di un contatto maggiore con i pazienti e quindi maggiore rischio di contagio e paura per la morte.

In Italia, il terzo Paese in Europa ad aver avuto un elevato numero di contagi (circa 17 milioni) e prima in Europa per numero di decessi

(circa 167 mila)³⁰, sono stati effettuati diversi studi, nello specifico:

- Nel 2020 Rossi e colleghi hanno individuato che su 1.379 operatori sanitari, quasi il 50% dei partecipanti allo studio aveva riportato sintomi da stress post-traumatico, il 25% di depressione e il 20% di ansia. Inoltre, maggiori sintomi post-traumatici risultavano associati a variabili sociodemografiche e lavorative (sesso, età, professione, aver avuto contatti diretti con pazienti affetti o aver avuto colleghi positivi o deceduti per COVID-19).

- L'ordine degli Psicologi del Piemonte (2020) ha realizzato uno studio testando 4550 professionisti sanitari di tutta la regione, con il fine di valutarne il disagio psicologico conseguente alla pandemia. Il 45% ha manifestato almeno un sintomo rilevante, moderato o grave; il 17% dei casi riporta depressione, ansia nel 34%, sintomi post-traumatici da stress nel 37% e sintomi dissociativi nel 40%. Le donne, il 48% del campione, risultano maggiormente colpite da problemi psicologici.

- In uno studio condotto dall'Università di Verona (Lasalvia et al. 2021) è stato, similmente, valutato l'impatto psicologico della pandemia sanitaria sul personale dell'AouI (Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata) della città veneta. I dati, per nulla incoraggianti, dimostrano come l'86% del personale ha riportato elevati livelli di stress-lavoro correlato e il 63% ha vissuto, sul luogo di lavoro, esperienze fortemente stressanti o traumatiche legate alla gestione dei pazienti COVID-19. Di questi ultimi, più della metà ha riportato sintomi di stress post-traumatico.

Similmente, la situazione appare drammatica anche negli altri Paesi europei. In Spagna è stato condotto un sondaggio online su 1.422 operatori sanitari (1.228 erano donne), entrati a contatto con pazienti COVID-19: il 46% ed il 59% dei partecipanti ha evidenziato rispettivamente un possibile disturbo depressivo e ansioso, cui si aggiungeva un ulteriore 5% e 21% con livelli gravi dei disturbi. Il 56.6% degli intervistati ha riportato sintomi da PTSD (Luceño- Moreno *et al.*

³⁰ Monitoraggio settimanale COVID-19: report 30 maggio - 5 giugno 2022. COVID-19 (salute.gov.it)

2020). Lo studio norvegese condotto da Johnson e collaboratori (2020) ha raccolto un campione di 1.773 partecipanti, impegnati nell'ambito sanitario e di sostegno nel settore pubblico: il 21% ha riportato sintomi moderati/gravi di depressione, il 20.5% di ansia e il 29% sintomi clinici e subclinici da stress post-traumatico. Quest'ultimo dato raggiungeva il 36.5% negli operatori che avevano lavorato direttamente con pazienti COVID-19. Un ulteriore aspetto che merita attenzione è che vi era un'associazione tra maggiori livelli di ansia e depressione (come anche in presenza di patologie psichiatriche pregresse) e maggiori sintomi da stress post-traumatico.

Una revisione sistematica della letteratura (Ruta *et al.* 2021) condotta su database scientifici (*PubMed*, *Scopus* ed *Embase*) ha evidenziato come nel personale sanitario siano insorti sintomi di ansia, depressione, stress e insonnia. I sintomi risultano strettamente correlati a numerosi fattori di rischio, tra cui: paura del contagio personale e di poterlo trasmettere alle famiglie; turni stressanti e riposo inadeguato. Tali fattori sono la causa nel personale di uno stato di tensione psicologica e fisica che attiva comportamenti patologici e che influenza la loro salute mentale. La letteratura, inoltre, evidenzia l'importanza di attuare interventi di sostegno al personale in prima linea, affinché si possa prevenire l'insorgenza di problemi psicopatologici grazie anche al monitoraggio e alla sorveglianza dei sintomi.

Negli studi sopra citati abbiamo visto che medici, soccorritori e infermieri coinvolti nelle cure del COVID-19 potrebbero essere a rischio per uno o più problemi di salute mentale, un rischio paragonabile ai tassi osservati durante i disastri naturali, quali l'uragano *Katrina* o l'11 settembre. Nonostante la maggior parte degli operatori sanitari e dei soccorritori non sviluppino necessariamente un disturbo da stress post-traumatico, alcuni operatori potrebbero essere soggetti a una serie di conseguenze sulla salute mentale legate allo stress. Ad esempio, dalle interviste agli operatori sanitari raccolte nello studio di Wring e collaboratori (2020), l'abuso di alcol rappresentava un'area problematica: circa il 36% degli OS ha segnalato un consumo di alcol a rischio.

La lotta contro le malattie infettive rappresenta una sfida importante per il personale sanitario ma emerge anche che la loro motivazione nel continuare a lavorare è legata ad importanti fattori come la responsabilità sociale, morale e gli obblighi professionali. Inoltre, la

consapevolezza che i propri familiari siano in salute e senza rischio di infezione, la presenza di un ambiente di lavoro positivo e sicuro, sono tra gli elementi che hanno contribuito ad alleviare lo stress, considerabili come fattori di protezione (Ahmad *et al.* 2021).

Un maggiore supporto sociale può contribuire a ridurre lo stress, l'ansia, le emozioni negative e i sintomi depressivi, migliorando la produttività lavorativa e la fiducia in sé stessi degli operatori sanitari (Zhu *et al.* 2020). Da queste prime evidenze risulta di fondamentale importanza garantire quindi il miglior supporto possibile, affinché i professionisti sanitari possano sentirsi sostenuti, rispettati e compresi non solo da familiari e amici, ma anche dal proprio gruppo di lavoro, dalle organizzazioni e dalla società stessa (Siyu *et al.* 2020).

Gratitudine non deve essere solo una parola, pomposa e vuota al tempo stesso, reiteratamente pronunciata dai media in questo periodo, ma una sincera testimonianza di interesse, attenzione, stima e fiducia che le organizzazioni sanitarie, e le istituzioni cittadine devono far sentire al singolo operatore, al medico, all'infermiere, all'operatore impegnato nell'emergenza sanitaria (Barlati 2020).

È necessario che ciascuna figura sanitaria percepisca il valore sociale della propria azione, un'azione che a partire dalla cura del singolo, diviene una cura dell'intera umanità e quindi, un bene ed un valore pubblico.

Gli studi scientifici appena descritti sono una prova di come il benessere psicofisico del personale sanitario sia fortemente a rischio e non procrastinabile. Disagio psicologico, ansia, PTSD, sintomi depressivi, insonnia, *burnout*, *distress* e paura sono i problemi più diffusi tra gli operatori durante la pandemia da COVID-19. Partendo da questi presupposti, nel paragrafo successivo verranno descritti diversi interventi di supporto psicologico e psicosociale attuati nel mondo come tutela della salute fisica e soprattutto mentale del personale sanitario.

B. INTERVENTI DI SUPPORTO PSICOLOGICO E PSICO-SOCIALE IN ITALIA E NEL MONDO A FAVORE DEGLI OPERATORI SANITARI

Le emergenze sanitarie possono aumentare in maniera crescente pressione e paura nel personale sanitario, soprattutto se prolungate nel tempo e comportare di conseguenza una cronicizzazione dello stress legato al lavoro e rischio di *burn-out*. Partendo da queste considerazioni e con l'obiettivo di tutelare l'equilibrio psichico del personale sanitario, in Italia, sono state avviate due iniziative dalla Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS³¹, promosse da professionisti della salute mentale (psichiatri e psicologi) a supporto del benessere psicologico di medici e infermieri impegnati in prima linea sul fronte COVID-19. Il progetto "Resilienza COVID-19", ideato da figure professionali della salute mentale, offre supporto a tutti gli operatori sanitari italiani avvalendosi di una linea telefonica dedicata, attiva 7 giorni su 7 ed un questionario volto alla misurazione del grado di stress; gli operatori sanitari possono ricevere un supporto telefonico immediato e ripetuto nel tempo, oppure percorsi di psicoterapia breve telematica o gruppi di sostegno telematico per chi avesse bisogno di un intervento più strutturato. Il secondo progetto, denominato "Non sei solo", è stato ideato dal Servizio di Psicologia Clinica del Gemelli, con lo scopo di offrire supporto esclusivamente al personale sanitario del Policlinico, impegnato nell'emergenza e cercando di prevenire forme di stress post traumatico. In aggiunta è stato stilato un decalogo per potenziare i meccanismi di resilienza per gli operatori sanitari, i cui punti salienti sono:

1. *Saper chiedere aiuto per poter dare aiuto;*
2. *Mantenere una vita sana;*
3. *Combattere l'alienazione;*
4. *Evitare l'onnipotenza;*
5. *Non sentirsi in colpa;*
6. *Rimanere in comunicazione con i colleghi;*

³¹ Progetti di supporto psicologico per medici e operatori: "Non sei solo" e "Resilienza COVID-19" - Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS (poli-clinicogemelli.it).

7. *Gestire le emozioni inaspettate;*
8. *Informarsi correttamente;*
9. *Trovare uno spazio personale e del tempo per qualcosa di diverso dall'assistenza;*
10. *Continuare a pensare ai progetti futuri.*

Sempre nel Lazio, la Regione da aprile 2020 ha istituito il *Numero Verde Regionale 800.118.800* affidando la gestione ad ARES (Azienda Regionale Emergenza Sanitaria) 118 ed in collaborazione con gli *Psicologi delle Emergenze Alfredo Rampi*, le Associazioni *Psicologi per i Popoli Lazio* e *Sipem Sos Lazio*. Il Servizio telefonico, nato inizialmente per offrire supporto psicologico alla popolazione generale, è stato poi ampliato con uno specifico sportello per il personale medico e paramedico ARES 118, mettendo a disposizione degli operatori sanitari uno psicologo sette giorni su sette. Il Servizio ha permesso di segnalare una maggiore attenzione al benessere degli operatori sanitari, grazie all'ascolto e al supporto al personale stesso che ha vissuto l'emergenza da COVID-19 in prima linea, risentendo fortemente della situazione sia da un punto di vista psico-fisico che in termini di rischio diretto di contagio.

La possibilità di essere contattati per un'occasione di ascolto, confronto e monitoraggio ha promosso la percezione tra gli operatori che l'Azienda si stesse occupando di loro. Molti hanno accolto questa opportunità di condividere e riprocessare emotivamente e cognitivamente le esperienze affrontate, avviando percorsi di riconciliazione con i vissuti più indigesti e traumatici (Grano et al. 2020).

Sulla stessa lunghezza d'onda, il Dipartimento di Medicina Epidemiologica ed Igiene del Lavoro e Ambientale (DiMELIA) dell'INAIL, ha avviato un'iniziativa insieme al Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP)³² il cui oggetto è la promozione di una procedura nazionale che fornisca indicazioni utili all'attivazione, a livello locale, di task force di psicologi in forze alle strutture

³² Gestione dello stress e prevenzione del *burnout* negli operatori sanitari nell'emergenza COVID-19 - INAIL.

sanitarie, per poter garantire servizi di supporto e sostegno psicologico e psicosociale agli operatori sanitari. Nello specifico, è una base informativa da cui muoversi per avviare il servizio ed orientarsi. In aggiunta, quando terminata l'emergenza, in un secondo momento, sarà possibile effettuare un monitoraggio di secondo livello dedicato alle modalità di implementazione della procedura a livello territoriale per ottimizzare strumenti e risorse fornite, utilizzandoli come buona prassi per la tutela della salute e sicurezza degli operatori sanitari. Il documento è intitolato *“Gestione dello stress e prevenzione del burnout negli operatori sanitari nell'emergenza COVID-19”* (Di Tecco et al. 2020) ed alcune strutture sanitarie si sono già adoperate per l'attivazione di tali servizi su base volontaria, ciascuna delle quali ha adottato modalità diverse. Come avviene anche in situazioni calamità o ulteriori emergenze, obiettivo dei servizi di supporto è ascoltare i bisogni del personale sanitario e rispondere a problematiche di carattere psicologico che possono insorgere negli operatori nel corso di attività svolte in situazioni di emergenza COVID-19, fornendo strumenti di aiuto di natura psicologica e psicosociale. *Target* di riferimento del servizio sono quindi gli operatori sanitari, ossia tutti coloro che, operando in contesti sanitari, possono essere a rischio di contagio attraverso il contatto pazienti COVID-19 o materiali infetti (ad esempio, attrezzature mediche e dispositivi contaminati o superfici ambientali contaminate). Nella categoria rientrano quindi gli operatori sanitari degli ospedali, il personale di pronto soccorso, gli operatori dei dipartimenti di prevenzione e dei servizi epidemiologici, dei servizi ambulanze, delle Residenze Sanitarie Assistite (Rsa), i medici di famiglia, i pediatri, gli assistenti sociali e domiciliari, e i volontari, ovvero tutti gli operatori coinvolti nella rete di gestione dell'emergenza. I servizi di supporto vengono attivati in tutte le strutture sanitarie per: (a) personale sanitario attualmente operativo; (b) personale in isolamento in quanto contagiato o sospetto tale. Bisogna inoltre aggiungere che l'efficacia della procedura dipende anche dalla disponibilità delle strutture sanitarie stesse ad avere disponibili figure professionali adeguate in termini di numerosità e competenze. Nei casi in cui si verifica una carenza di risorse professionali disponibili, le indicazioni sono quelle di procedere al reclutamento di Psicologi da utilizzare in ambito pubblico e negli interventi in emergenza, così come previsto dal Decreto di Legge 9 marzo 2020, n. 14 *“Disposizioni urgenti per il*

potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19"³³. Per una maggiore diffusione della procedura di supporto psicosociale per gli operatori sanitari, sono state predisposte apposite pagine web contenenti tutte le informazioni utili al riguardo, gli strumenti di supporto previsti dalla procedura (documento tecnico della procedura, scheda di triage psicologico e guide per la compilazione dei documenti) e, infine, è stata attivata una casella di posta elettronica o "cartella sanitaria elettronica psicologica", dedicata a tutti gli Psicologi del servizio sanitario nazionale come servizio di supporto informativo

In Cina, All'interno del West China Hospital (Zhang J. et al. 2020) è stato sviluppato un nuovo modello di intervento psicologico per affrontare efficacemente i problemi psicologici delle persone ricoverate e dei familiari, per poi essere esteso successivamente agli operatori sanitari. Il modello si basa sull'uso di tecnologie moderne (piattaforme *internet* e *smartphone*) ed integra *équipe* multidisciplinari, composte da medici, psichiatri, psicologi e operatori sociali. Caratteristiche dell'intervento psicologico sono: dinamicità e tempestività delle risorse in modo tale da garantire un intervento efficace; sviluppo di un intervento per fasi (durante la pandemia e dopo); tutte le figure professionali coinvolte devono avere un'adeguata formazione di tipo psicologico ed essere seguiti costantemente grazie a delle supervisioni; assistenza e supporto psicologico si avvalgono di una linea telefonica e delle consulenze *online* (*WeChat platform*) che identificano le persone a rischio ed il tipo di risposta/aiuto da fornire ed il supporto psicosociale deve avere due linee di attività simultanee che contrastano la paura della malattia (attività realizzata da medici e psicologi) e attività di rinforzo per chi, in tale situazione, ha difficoltà di adattamento (a cura di operatori sociali). In una delle fasi previste dal modello di intervento, la fase post-emergenza, un'attenzione particolare viene data alle persone sottoposte a quarantena ed al personale medico/infermieristico che si è occupato di loro. A partire da tale modello, il West China Hospital ha standardizzato il metodo, chiamandolo "APD" - *Anticipated, Plan and Deter Responder Risk and Resi-*

³³ Per maggiori approfondimenti si consiglia di consultare il sito della Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

lience Model e rivolgendolo in maniera specifica al personale sanitario. Finalità principali sono: comprendere e gestire lo stress a cui è sottoposto il personale sanitario attraverso lo sviluppo delle competenze di resilienza (utilizzando programmi personalizzati); aumentare la consapevolezza rispetto ai propri meccanismi reattivi ed imparare ad auto-monitorarsi. Grazie al metodo APD il personale sanitario riceve un addestramento anticipatorio sullo stress di un evento, focalizzandosi sull'impatto psicosociale di eventi ad alta mortalità nell'ospedale e sul campo. Durante l'addestramento i partecipanti sviluppano un "piano di resilienza personale" che comporta l'identificazione di eventi rischiosi e l'anticipazione delle risposte a tali eventi, fino alla capacità di saper fronteggiare l'evento rischioso in maniera autonoma avvalendosi di specifici interventi di supporto psicosociale.

Sempre in Cina, come riportato nell'articolo di Chen *et al.* (2020), l'ospedale universitario di Xiangya e l'annesso centro di ricerca di psicologia medica, hanno sviluppato un piano dettagliato di intervento psicologico che riguarda principalmente tre aree: (I) creazione di una squadra medica di intervento psicologico con lo scopo di fornire corsi *online* per aiutare il personale medico ad affrontare problemi psicologici comuni; (II) *team* di assistenza psicologica telefonica per supportare, ascoltare e risolvere problemi psicologici; (III) interventi psicologici *vis-à-vis*, come ad esempio attività di gruppo per gestire lo stress. Tuttavia, durante l'attuazione di tale piano di intervento, sono emerse alcune criticità che hanno portato ad una revisione dei servizi offerti e a un adattamento delle misure di intervento. Nello specifico, il personale medico era riluttante a partecipare ad interventi di gruppo o interventi individuali ed i singoli infermieri rifiutavano qualsiasi aiuto psicologico e dichiaravano di non aver alcun problema. Sono stati quindi avviati colloqui con membri del personale medico per rilevare le diverse motivazioni alla base del rifiuto degli interventi, facendo emergere che: l'infezione non era una preoccupazione immediata per il personale, a differenza della carenza di DPI³⁴ e a sentimenti di incapacità di fronte a pazienti gravemente malati; gli operatori avevano paura di essere un elemento di contagio per i familiari; il personale aveva difficoltà nel trattare con pazienti non collaborativi con le misure mediche a causa del panico o mancanza di conoscenze

³⁴ Dispositivi di Protezione Individuale.

sulla malattia. Molti membri dello staff hanno affermato che non avevano bisogno di uno psicologo, ma avevano necessità di maggiori ore di riposo senza interruzioni e di sufficienti scorte protettive. Infine, hanno richiesto una formazione sulle abilità psicologiche per affrontare l'ansia, il panico e altri problemi emotivi dei pazienti e, se possibile, la disponibilità/presenza del personale della salute mentale per aiutare direttamente questi pazienti. In seguito a questi presupposti, le misure di intervento psicologico sono state modificate per adattarle alle richieste: è stato fornito dall'ospedale un luogo di riposo ("area di sosta") in cui il personale poteva temporaneamente isolarsi dalla propria famiglia, garantendo cibo e forniture quotidiane ed aiutando il personale a videoregistrare la loro *routine* in ospedale per alleviare le preoccupazioni dei familiari a casa; è stata organizzata una formazione pre-lavoro con lo scopo di identificare e saper rispondere ai problemi psicologici dei pazienti affetti da COVID-19, con l'aiuto del personale di sicurezza per poter gestire pazienti non collaborativi; sono state organizzate diverse attività ricreative e formativo-educative basate sulle tecniche di rilassamento, con il fine di aiutare il personale ad acquisire le competenze utili a ridurre lo stress; i consulenti psicologi hanno visitato regolarmente l'area di sosta per ascoltare le storie e le esperienze difficili incontrate dal personale sul lavoro, e fornire supporto di conseguenza. In aggiunta, sono state emesse delle Linee Guida utili per indirizzare le prassi anche in altri Stati, sulla base di evidenze di efficacia recenti e scientifiche, rendendo trasferibile quanto appreso sul campo.

Analogamente, l'IASC³⁵ (*Inter-agency Standing Committee*) ha emanato delle Linee Guida sugli interventi di promozione della salute mentale e di supporto psicologico e psicosociale: "*Briefing Note on addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 outbreak*" (2 marzo 2020). Il documento sintetizza diversi elementi chiave degli interventi di promozione della salute mentale e supporto psicologico e psicosociale, indicando i principi fondamentali e le azioni fortemente raccomandate, quali ad esempio, interventi multilivelli integrati e l'utilizzo di strumenti di *Screening*. Entrando nello

³⁵ Comitato Permanente Inter-Agenzia (IASC): forum di coordinamento umanitario che riunisce i responsabili esecutivi di 18 organizzazioni ONU e non-ONU per favorire il potenziamento di azioni internazionali.

specifico, vengono fornite indicazioni su come aiutare durante l'attuale pandemia, oltre che la popolazione generale, anche gli operatori sanitari. L'edizione in lingua italiana è stata curata dall'Azienda sanitaria della Romagna e della Regione Lombardia e di seguito è possibile leggere alcuni punti salienti riportati nel documento ufficiale (Longo et al. 2020):

- *“Sentirsi stressati è un'esperienza che probabilmente voi e molti vostri colleghi state vivendo; è normale sentirsi così nella situazione attuale. Gli operatori a volte si sentono di non svolgere un buon lavoro e di essere sottoposti a richieste elevate”.*

- *“Prendetevi cura dei vostri bisogni di base e usate strategie di coping efficaci: assicuratevi riposo e una pausa durante il turno di lavoro o tra un turno e l'altro, mangiate cibo sano e sufficiente, fate attività fisica e rimanete in contatto con la famiglia e gli amici. Evitate di usare strategie di coping inefficaci come il tabacco, l'alcol o altre droghe. A lungo termine, possono peggiorare il vostro benessere mentale e fisico”.*

- *“Se il vostro stress peggiora e vi sentite sopraffatti, non dovete incolparvi. Ognuno sperimenta lo stress e lo fa in maniera diversa. Le pressioni continue e quelle già preesistenti nella vostra vita personale possono influenzare il vostro benessere psicologico ed interferire con il lavoro quotidiano. Potreste notare cambiamenti nel modo in cui lavorate o nel vostro umore, ad esempio potreste sentirvi più irritabili, più ansiosi o cronicamente esausti, potreste trovare più difficile rilassarvi durante i momenti di pausa, potreste sentire malesseri fisici inspiegabili come dolore nel corpo o mal di stomaco”.*

- *“Lo stress cronico può influire sul vostro benessere psicologico e sul vostro lavoro e può influire su di voi anche dopo che la situazione sarà migliorata. Se lo stress diventa eccessivo e vi sentite sopraffatti, rivolgetevi al vostro responsabile o alla persona più appropriata per essere sicuri di ricevere il supporto adeguato”.*

In questo paragrafo abbiamo visto come gli operatori sanitari rappresentano una categoria vulnerabile, maggiormente esposta al rischio di problemi psicologici a causa delle numerose condizioni stressanti dovute all'emergenza pandemica. A partire da questi presupposti, nel

mondo sono stati attuati diversi interventi di supporto psicologico e psicosociale, in aggiunta alla diffusione di Linee Guida fortemente raccomandate per il personale medico, con lo scopo di tutelare la loro salute mentale, prevenire problemi psicologici ed aiutarli a sviluppare capacità di resilienza e strategie di *coping* adeguate a fronteggiare l'emergenza sanitaria. Gli interventi hanno dimostrato elevata efficacia, grazie a solide basi teoriche e metodologiche, avvalendosi spesso anche di setting "a distanza", in linea con le restrizioni date dall'emergenza attuale. Tuttavia, sono emerse anche difficoltà, *in primis* la mancanza di adesione a tali interventi da parte del personale sanitario stesso che ha preferito forme di supporto più adatte (ad esempio, la comunicazione con colleghi che vivono esperienze simili). Un esempio è l'indagine condotta in Italia da Pisanu e collaboratori (2020) che si è proposta di verificare la percezione da parte del personale sanitario, impegnato in prima linea durante la pandemia, delle iniziative intraprese da aziende ospedaliere e/o universitarie e da associazioni professionali (CNOP), quali i servizi di assistenza psicologica. Inoltre, l'indagine ha raccolto l'esperienza dei professionisti della salute mentale che hanno offerto il loro aiuto per analizzare il rapporto domanda-offerta e valutare l'efficacia degli interventi messi in atto. Dallo studio è emerso un dato rilevante: nonostante le difficoltà psicologiche riportate dagli OS, solo il 4% dei medici e il 3% degli infermieri ha sfruttato il supporto psicologico messo ampiamente a disposizione per loro. Alla base di tale rifiuto gli autori hanno individuato tre ragioni fondamentali:

1. La convinzione che l'angoscia e le altre manifestazioni psicologiche fossero conseguenze normali, con estrema fiducia nel fatto di poterle superare da soli;

2. Mancanza di tempo alla cura della persona in quanto vi era un'emergenza da gestire;

3. Mancanza di esperienza pregressa di aiuto psicologico, che potrebbe aver impedito loro di riconoscerne l'utilità.

È importante riflettere sulla scarsa adesione agli interventi psicologici, comprendendone le motivazioni alla base ed allo stesso tempo promuovendo in futuro interventi che si adeguino ai bisogni del personale sanitario. Solo in questo modo è possibile tutelare la salute psicologica degli OS, specialmente in situazioni di estrema emergenza, quale il COVID-19. Vorremmo concludere questo paragrafo riportando una frase tratta

dal libro di uno psicoterapeuta, Nicolino Rossi (2004):

Al termine di una appassionata lezione agli allievi del primo anno di corso del corso di laurea in Infermieristica, in cui spiegavo la complessità della vita psichica, le implicazioni affettive delle relazioni, nello sviluppo psicologico come nei rapporti di tipo assistenziale, un'allieva mi dice "ma noi di tutto questo che cosa ce ne facciamo! (p. 231)

BIBLIOGRAFIA

- AHMAD M., FLORIS M.M., LEONE C., PIGA V. (2021). L'impatto psicologico dell'epidemia di COVID-19 sugli operatori sanitari nel periodo iniziale dell'emergenza: una breve e rapida revisione sistematica. *Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria* (25):6-27.
- CHEN Q, LIANG M, LI Y, ET AL. (2020), Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*; 7: e15 e16.
- DI TECCO C., RONCHETTI M., GHELLI M., PERSECHINO B., IAVICOLI S. (2020), *Gestione dello stress e prevenzione del burnout negli operatori sanitari nell'emergenza COVID-19*. In collaborazione con Bussotti P., Lazzari D. <http://www.inail.it>.
- FIORILLO A, GORWOOD P. (2020), The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *Eur Psychiatry*; 63: e32
- GRANO M., BENNATI F., GAGGI C., ET AL. (2020), Emergenza COVID-19: infondere speranza attraverso il telefono. Riflessioni sul supporto psicologico al numero verde della regione Lazio 800.118.800. *Conosco, Imparo, Prevengo: Psicologia dell'Emergenza, Protezione Civile, Sicurezza*. *Rivista on line*.
- JIANBO L., SIMENG M., YING W., ET AL. (2020), Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*; 3 (3).
- JOHNSON, S. U., EBRAHIMI, O. V., & HOFFART, A. (2020), PTSD symptoms among health workers and public service providers during the COVID-19 outbreak. *PloS one*; 15(10).
- LASALVIA A., BODINI L., AMADDEO F., ET AL. (2021), The

Sustained Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers One Year after the Outbreak- A Repeated Cross-Sectional Survey in a Tertiary Hospital of North- East Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 19;18 (24): 13374.

LIU S., YANG L., ZHANG C., XIANG Y.T., LIU Z., HU S., ET AL. (2020), Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*; 0366:2019–2020.

LONGO R., PENASSO M., SCARPONI S. (2020), La salute mentale degli operatori sanitari durante e dopo la pandemia COVID-19-1. Quali le evidenze e le linee guida per gli interventi di supporto psicologico e psicosociale. In *Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, Piemonte*.

LUCENÓ-MORENO, L., TALAVERA-VELASCO, B., GARCÍA-ALBUERNE, Y., MARTÍN-GARCÍA, J. (2020), Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in Spanish health personnel during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*; 17(15), 5514.

MAHASE E. (2020), Coronavirus: UK screens direct flights from Wuhan after US case. *BMJ*; 368: m265

NORTH CS, PFEFFERBAUM B. (2013), Mental health response to community disasters: a systematic review. *JAMA*; 310: 507-18.

ORDINE DEGLI PSICOLOGI DEL PIEMONTE. (2020), Relazione finale: Bisogni psicologici del personale sanitario e tecnico-amministrativo piemontese nell'emergenza COVID-19. Disponibile al <https://ordinepsicologi.piemonte.it>. Torino

PISANU E., BIECHER E., DI BENEDETTO A., INFURNA M.R., RUMIATI R.I. (2020), Sostegno psicologico agli operatori sanitari durante le emergenze: l'esperienza italiana con il COVID-19. <https://aipass.org/il-benessere-mentale-di-medici-e-infermieriimpegnati-nella-lotta-alla-pandemia>.

ROSSI N. (2004), *Psicologia clinica per le professioni sanitarie*. Il Mulino, p. 231.

ROSSI, R., SOCCI, V., PACITTI, F., ET AL. (2020), Mental health outcomes among frontline and second-line health care workers during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic in Italy. *JAMA Network Open*; 3(5).

RUTA, F., DAL MAS, F., BIANCUZZI, H., FERRARA, P., &

DELLA MONICA, A. (2021). COVID-19 e salute mentale del personale infermieristico in prima linea: una revisione della letteratura. *PROFESSIONI INFERMIERISTICHE*, 74(1).

SHIMMA E, NOGUEIRA-MARTINS M, NOGUEIRA-MARTINS LA. (2010), The experience of infectologists faced with death and dying among their patients over the course of the AIDS epidemic in the city of São Paulo: qualitative study. *Sao Paulo Med J*; 128: 74-80.

SIYU C, XIA M, WEN W, ET AL. 2020, Mental health status and coping strategy of medical workers in China during the COVID-19 outbreak. *MedRxiv*; 02.23.

STYRA R, HAWRYLUCK L, ROBINSON S, KASAPINOVIC S, FONES C, GOLD WL. (2008), Impact on health care workers employed in high-risk areas during the Toronto SARS outbreak. *J Psychosom Res*; 64: 177-83.

WRING H.M., GRIFFIN B.J., KOTARO S., ET AL. (2021), Pandemic-related mental health risk among front line personnel. *J Psychiatr Res*; 137:673-680.

ZHANG J., WU W., ZHAO X., ZHANG W. (2020), Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine*, 3(1), 3–8.

ZHU Y, CHEN L, JI H, XI M, FANG Y, LI Y. (2020), The risk and prevention of novel coronavirus pneumonia infections among inpatients in psychiatric hospitals. *Neurosci Bull*; 36: 299-302.

7. UN'ANALISI DEGLI EFFETTI DELLA PANDEMIA SULLA POPOLAZIONE ANZIANA

Emanuele Luzi, Giorgio Espugnatore, Sofia Louise Pietrarelli

A. GLI EFFETTI DELLA PANDEMIA: LE IPOTESI

Dall'inizio della pandemia di COVID-19 nell'inverno 2020, era evidente come la gravità della malattia varia notevolmente tra gli individui infetti (Wu e McGoogan 2019). Alcune persone rimanevano totalmente asintomatici o paucisintomatici, mentre altri sperimentavano sintomi molto più gravi. In quel periodo storico si assisteva a una forte vulnerabilità e mortalità della popolazione anziana, specie di quella residente nelle Rsa, che risultava essere molto più incline a manifestare la malattia in forma grave e quindi essere a maggior rischio di mortalità. Questa prima impressione era stata poi successivamente confermata dagli studi statistici durante e successivamente alla prima ondata, evidenziando anche come il livello di rischio, fosse più basso tra bambini e persone di giovane età (Levin *et al.* 2020, Dudel *et al.* 2020, Morgana *et al.* 2020).

La mortalità degli anziani fu segnalata in alcuni casi come superiore del 10% rispetto al resto della popolazione (quasi il 15% delle persone di età superiore agli 80 anni) (Zhonghua 2020). I dati del Centro cinese per il controllo e la prevenzione delle malattie, nell'agosto del 2020 segnarono come il 31,2% dei casi confermati in Cina fossero pazienti di età superiore ai 60 anni (Li Q. *et al.* 2021), e che la fascia di età sopra gli 80 anni aveva una mortalità del 14,8% (Vellas *et al.* 2020).

La popolazione più anziana era maggiormente vulnerabile per una serie di motivi. Il COVID-19 è una grave malattia infettiva respiratoria. La sua patogenesi comprende quanto segue: 1) SARS-CoV-2 riconosce ed entra nel recettore dell'enzima di conversione dell'angiotensina umano (ACE2), infettando preferenzialmente le cellule epiteliali polmonari (CDC e MMWR 2020). Teoricamente, le cellule e i tessuti che esprimono ACE2, inclusi reni, sistema cardiovascolare, sistema riproduttivo, fegato, polmone, sistema nervoso centrale e sistema linfatico, sono tutti potenziali bersagli per il nuovo coronavirus.

2) SARS-CoV-2 può anche entrare nelle cellule mediante fusione della membrana e rilasciare acido nucleico per sintetizzare nuovi virus, causando effetti citopatici e cellule morte e alterazioni patologiche nei tessuti e negli organi. Alcuni studi suggeriscono che il meccanismo di morte nel COVID-19 sia il gran numero di lesioni alveolari e insufficienza respiratoria progressiva. L'esame istologico mostra una lesione alveolare diffusa bilaterale con essudato fibroso cellulare simile al muco, formazione di una membrana ialina nel tessuto polmonare e infiltrazione interstiziale di cellule infiammatorie mononucleari dominata dai linfociti in entrambi i polmoni. Inoltre, le autopsie dei pazienti COVID-19 hanno confermato la presenza di trombosi nei microvasi, il che indica che la coagulazione del sangue è un fattore importante che porta all'insufficienza d'organo nei pazienti COVID-19.

Negli anziani, la funzione immunomodulante del nervo vago e la risposta delle cellule immunitarie ai patogeni diminuiscono, soprattutto nelle persone con malattie cardiovascolari e diabete. L'infezione da SARS-CoV-2 può portare a una diminuzione dell'ACE2, che può aggravare il background pro-infiammatorio (riformulare e rifarsi alla nota a piè di pagina N°5 (*Ibidem*)).

B. ANALISI DEI DATI SULLA MORTALITÀ DA COVID-19

A livello globale (ISS 2021) i casi di decesso dovuti al COVID-19 furono correlati indiscriminatamente a un'età superiore ai 60 anni. Questi soggetti furono costretti a fare i conti con l'idea che se fossero stati infettati dal virus avrebbero rischiato la vita. Questa ipotesi però se dettagliatamente analizzata non risultava reale. Rileviamo infatti che soltanto lo 0,8% dei decessi legati al Sars-CoV-2 riguarda individui altrimenti detti sani. La restante parte descriveva una popolazione con almeno uno e spesso avente tre o più fattori di malattia. Un'analisi (Wu *et al.* 2020) accurata dei dati ci permette di ipotizzare che l'eccesso di mortalità durante il COVID-19 possa essere riconducibile alla fragilità dell'uomo durante l'invecchiamento, alla localizzazione geografica in cui questo vive e alla comorbidità con altre patologie. Le regioni del Nord Italia furono quelle in cui la popolazione anziana risultava essere la più colpita. Non poteva essere trascurata inoltre la

componente di genere che giocò un ruolo determinante nel definire l'andamento dei casi di mortalità rilevati. Durante i primi quattro mesi della pandemia si notò che i decessi della popolazione maschile era notevolmente superiore a quella femminile.

Prendiamo in considerazione che l'età media dei deceduti e positivi al Sars-CoV-2 è di 80 anni e in maggioranza maschile. La mortalità dei soggetti femminili supera quella maschile solo quando l'età è pari o superiore ai 90 anni (dato dovuto al fatto che la popolazione con età superiore ai 90 anni è composta per il 72% da donne).

Se analizziamo i dati ISTAT (2020) relativi al COVID-19, possiamo rilevare: che la mortalità da COVID-19 nei soggetti anziani era spesso e/o quasi sempre legata a comorbidità con altre malattie. Le più mortali riscontrate erano la cardiopatia ischemica, l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito - Tipo 2, la fibrillazione atriale, ecc. Questi dati vanno sicuramente presi in considerazione e vanno esaminati alla luce che le persone decedute spesso non possedevano una sola comorbidità con una di queste malattie ma al contrario presentavano più di una patologia. I decorsi nefasti, quindi, aumentavano esponenzialmente con la comorbidità con patologie cardiache, ipertensione, diabete, ictus e malattie del fegato. L'età giocava un ruolo importante nell'insorgenza delle patologie sopra elencate. Possiamo quindi affermare con una certa sicurezza che l'età non fosse un fattore che singolarmente causasse la morte. Nella popolazione anziana era presente, infatti, una maggiore incidenza di patologie che associate al COVID-19 portano conseguentemente a un aumento del tasso di mortalità tra i pazienti più anziani affetti da Sars-CoV-2.

La percentuale di decessi fu particolarmente alta anche nei soggetti che avevano effettuato un trapianto di rene. Questi, infatti, a causa dell'immunosoppressione cronica e delle condizioni coesistenti risultano essere notevolmente a rischio se affetti da COVID-19. Più di una ricerca confermò che il tasso di mortalità in pazienti anziani che sono sottoposti a trapianto di rene è quasi del 30% (*Ibidem*).

La pandemia non permise anche la diagnosi precoce di vari tipi di cancro che in vari casi comporta un rilevante tasso di sopravvivenza. I risultati dell'isolamento sociale e delle limitazioni dell'assistenza ambulatoriale durante la pandemia Sars-CoV-2 avrebbe portato presto ad un aumento del numero di pazienti oncologici inoperabili o in fase avanzata o la squalifica di alcuni di questi pazienti da una possibile

cura chirurgica (*Ibidem*).

Il COVID-19 creò inoltre una paura diffusa nel recarsi al pronto soccorso. Quest'ultimo intasato da coloro che avevano bisogno di un supporto specifico per un aggravamento del coronavirus non permetteva l'accesso ad altre persone aventi diverse patologie. Riportiamo il caso riferitoci da *Centers for Medicare e Medicaid Services*.

Quando i *Centers for Medicare e Medicaid Services* (CMS) raccomandarono che gli interventi chirurgici elettivi e altre procedure mediche non essenziali avrebbero dovuto essere posticipate durante l'epidemia di coronavirus, il significato di essenziale sembrava essere eclissato dalla questione COVID-19. Se non ci fosse stato il COVID-19, molti pazienti cronici sarebbero venuti al pronto soccorso. Sfortunatamente, la paura dell'infezione faceva sì che molti pazienti con sintomi di infarto, insufficienza cardiaca o ictus rimangano a casa e spesso soffrono di complicazioni fatali. Ad esempio, gli arresti cardiaci che si verificarono a casa erano impressionanti: nella settimana dal 30 marzo al 5 aprile 2020, ci sono state 1990 chiamate di arresto cardiaco a New York City, quattro volte più dello stesso periodo dell'anno prima; e di questi, 1429 non hanno potuto essere rianimati, un aumento di otto volte rispetto al 2019. "Lo stesso vale per appendicite e ictus" (ISS 2021). Molto probabilmente, le persone avevano paura di recarsi in ospedale e morire a casa. I trapiantati di rene sembrarono essere particolarmente a rischio di COVID-19 critico a causa dell'immunosoppressione cronica e delle condizioni coesistenti. Inoltre, una corrispondenza molto recente ha riportato una mortalità di quasi il 30% nei pazienti anziani sottoposti a trapianto di rene. Di conseguenza, l'*American Society of Transplantation* e l'*American Society of Transplant Surgeons* suggerirono un approccio graduale per la riduzione dell'attività dei trapianti in base alla valutazione del rischio, alla capacità dell'ospedale e al grado di attività virale regionale. Pur riconoscendo l'importanza dei trapianti di rene per i pazienti in dialisi, non si potevano ignorare i potenziali problemi di sicurezza durante questa pandemia. A complicare ulteriormente la situazione, era l'esposizione dei pazienti a un rischio di infezione da SARS-CoV-2 più elevato richiedendo frequenti trasporti alle strutture di dialisi potrebbe essere paragonata al rischio particolare di trapianto. Un ultimo aspetto considerevole era l'impatto finanziario post-pandemia sui sistemi sanitari poichè molte malattie croniche gestibili potevano presentare

esacerbazioni aggravate che si traducevano in ospedalizzazione prolungate e costi di trattamento più elevati con esiti clinici riservati in alcuni casi.

I risultati di tale studio evidenziano come da una parte era rilevante la comorbidità con altre patologie e come dall'altra troviamo una componente di genere e di posizionamento geografico che incidevano sul rischio di mortalità durante l'epidemia di COVID-19. Le possibili cause includevano sia la maggiore prevalenza di comorbidità negli uomini, sia la maggiore prevalenza di fumatori e soggetti esposti a esposizioni occupazionali a carico del polmone. Risultò necessario, inoltre, che coerentemente con la letteratura, questo studio suggerisse che la mortalità per malattia COVID-19 durante l'epidemia di COVID-19 potesse essere quantificata considerando la composizione demografica della popolazione esposta al COVID-19. L'impatto dell'epidemia in termini di mortalità sarebbe potuto essere diverso a seconda della composizione demografica. Un'importante presenza di una componente vulnerabile di soggetti maschi anziani realizzata con un'esposizione incontrollata alla circolazione del virus ebbe grandi effetti sul carico di mortalità rispetto a una popolazione più giovane. Ciò solleva un avvertimento da prendere in considerazione per i piani in caso di ondate secondarie della pandemia.

Per questo motivo, fu importante continuare a monitorare l'impatto della mortalità durante l'epidemia di COVID-19, tenendo conto della composizione demografica della popolazione esposta, non solo per motivi di ricerca e monitoraggio, ma anche per adeguare le politiche pubbliche di prevenzione alla tutela delle fasce più fragili della popolazione.

La composizione della popolazione giocò un ruolo importante nel contribuire al rischio di mortalità durante l'epidemia di COVID-19. Per questi motivi, fu di primaria importanza monitorare la mortalità (complessiva e per COVID-19) per età e genere e considerare le componenti sociodemografiche della popolazione per adattare adeguatamente le politiche pubbliche di prevenzione alla protezione delle fasce di popolazione più fragili.

I dati forniti dall'ISS possono essere usati per confermare che l'età da sola non porta alla morte per COVID-19. Il 48,5% dei casi fatali di COVID-19 in Italia fino al 17 marzo presentò 3 o più fattori di comorbidità. Un altro 25,6% aveva 2 di questi fattori e il 25,1% aveva un

fattore. Solo lo 0,8% dei pazienti non soffriva di alcuna patologia. È inoltre improbabile che gli anziani sani richiedano un periodo di terapia intensiva molto più lungo di un giovane sano, poichè si stanno riprendendo in modo analogo ai giovani che non presentavano fattori di comorbilità (*Ibidem*).

C. LE PREOCCUPAZIONI SULLA SALUTE PSICOLOGICA DEGLI ANZIANI

La principale strategia che venne adottata dai vari paesi per contrastare il COVID-19 fu la quarantena che ebbe come conseguenza principale l'aver fatto nascere e in alcuni casi peggiorare, là dove già presente, la condizione di isolamento sociale. Questo fu definito come avere una bassa quantità e qualità di contatto con gli altri; è oggettivo e può essere misurato osservando la rete sociale di un individuo. Eppure, per comprendere gli effetti dell'isolamento sociale, occorre anzitutto fare un'importante distinzione tra questo e la solitudine. Mentre il primo è una separazione oggettiva, la seconda è una separazione soggettiva; qualcuno potrebbe essere circondato da familiari che lo sostengono, ma provare comunque la sensazione di solitudine (Cacioppo *et al* 2014). Queste sono due entità distinte, intrinsecamente difficili da studiare, e la letteratura sottolinea come spesso siano correlate ma non direttamente sovrapponibili.

Sia l'isolamento sociale che la solitudine sono associati a morbidità e mortalità considerevoli (*Ibidem*). In effetti, una recente metanalisi ha rilevato che entrambi sono correlati a un aumento del tasso di mortalità rispettivamente del 26% e del 29%. Per mettere questo in prospettiva, gli effetti dell'isolamento come obesità e inattività fisica, potrebbero essere in parte paragonati a quelli conseguenti allo smettere di fumare o all'assunzione di farmaci. Il rischio di mortalità, legato a questi effetti, è però maggiore quando si parla di isolamento sociale (Freedman *et al.* 2020). Ci sono studi che dimostrano come vi siano significative conseguenze negative sulla salute mentale e fisica di una persona dovute all'isolamento sociale e alla solitudine, tra cui ipertensione, declino cognitivo, morbo di Alzheimer, malattia coronarica, obesità, ansia, depressione e persino la morte (Holt-Lunstad *et al.* 2015).

Possiamo comprendere da ciò che è finora stato riportato come non solo il COVID-19 in quanto malattia fu causa dell'aumento di sensazioni di paura, ansia, incertezza ma anche le misure cautelative pensate per contrastarlo, come la quarantena, ebbero delle gravi ripercussioni su tutta la popolazione mondiale. Nel mezzo della pandemia di COVID-19 ci si era preoccupati di quelli che potessero essere gli effetti secondari dell'isolamento sociale prolungato per quanto riguarda i pazienti più anziani e le difficoltà lavorative e finanziarie per coloro che necessitano di servizi domiciliari regolari. I *caregiver* delle persone anziane, si trovarono a dover bilanciare il loro sostegno con i bambini in età scolare, data la chiusura pressoché totale delle scuole, soprattutto in Italia. Anche in America, a seguito della dichiarazione di emergenza nazionale del 13 marzo 2020 da parte del presidente Donald Trump, il *Centers for Disease Control and Prevention* (CDCP) pubblicò delle linee guida per l'isolamento rivolte alle case di cura e alle strutture di residenza assistita. Queste richiedevano la restrizione di tutte le visite ad eccezione di cure compassionevoli/situazioni di fine vita, la limitazione di tutti i volontari e il personale sanitario non essenziale (HCP) e la cancellazione delle attività di gruppo e dei pasti in comune (CDCP, 2020). Gli studi hanno dimostrato che tenersi per mano, abbracciarsi ecc. sono tutti mezzi efficaci nell'abbassare la pressione sanguigna, ridurre il dolore fisico e rafforzare indirettamente il sistema immunitario.

In Italia tra il mese di febbraio 2020 e giugno 2020 lo stato di quarantena e il conseguente isolamento fu pressoché totale. Le uscite dei privati cittadini erano molto limitate (acquisti di prima necessità e poco altro) e si era obbligati a mostrare un'autocertificazione che motivasse l'uscita di casa. Agli anziani in particolare, veniva consigliato di uscire il meno possibile, in quanto categoria più sensibile e maggiormente a rischio di morte, anche e soprattutto a causa del maggior numero di problematiche di salute pregresse. Il forte contenimento sociale, il distanziamento sociale e le misure di quarantena per prevenire la diffusione del COVID-19 sollevarono preoccupazioni sulla loro salute psicologica.

A tal proposito Lancet a inizio pandemia, nel tentativo di ridefinire la vulnerabilità nell'era del COVID-19, definì gli anziani come un gruppo "sproporzionatamente esposto al rischio" (Lancet 2020, p. 395). Le preoccupazioni non erano solo rivolte al contatto diretto con

il virus e la malattia, ma anche e soprattutto alle conseguenze indirette dell'isolamento sociale, della solitudine e della mancanza di accesso alle risorse sanitarie.

Dal punto di vista funzionalista, l'isolamento sociale può essere visto come una forma di esclusione sociale, che colpisce in modo diretto il benessere degli individui andando a minare i legami e il supporto sociale. L'isolamento non fu quindi etichettato come un problema privato, ma piuttosto come un problema pubblico (Machielse 2006), in cui le conseguenze che ne risultavano si sarebbero dovute vedere maggiormente nelle categorie vulnerabili come appunto anziani e persone con fragilità (Cacioppo *et al.* 2009).

Questa pandemia impose un isolamento sociale sia verso l'esterno strutturalmente parlando (isolamento in casa) che verso l'interno per i riverberi psicologici conseguenti. Questa misura cautelativa fu adottata dalla maggioranza dei paesi colpiti, sorse così spontanea la questione se l'isolamento dovesse essere trattato come una problematica privata o sociale. Fu riscontrabile che nelle persone socialmente isolate era presente un livello di benessere più basso. La funzione generale delle relazioni sociali fu teorizzata in termini di integrazione sociale, identità e convalida personale, regolazione degli affetti e meccanismi di *coping* attraverso l'assistenza reciproca. Basandosi sull'inclusione sociale, sull'esistenza di relazioni sociali qualitative, sulla coesistenza di un'identità sociale accanto allo status personale ed essendo un processo attraverso il quale l'individuo diventa sia oggetto che soggetto della società in contrapposizione l'isolamento sociale è l'aspetto esteriore e oggettivo della solitudine. Nei modelli psicodinamici incentrati sulla persona, la solitudine è generata dall'interiorizzazione delle esperienze giovanili.

L'isolamento sociale di per sé, non comportava delle comorbidità sanitarie, ma innescava a cascata, una serie di complessi fattori psicosociali che interagivano fra loro causando disagio alla salute degli anziani, tra cui: aumento della sensibilità alla demenza (Cacioppo *et al.* 2018), diminuzione della cognizione (Cacioppo *et al.* 2009), insorgenza di disabilità, insorgenza di abitudini comportamentali dannose o rischiose, ma anche e soprattutto la cessazione delle *routine* virtuose che l'anziano metteva in atto per mantenere un buono stato di salute psicofisica (camminare, partecipare a centri ricreativi pomeridiani, fare attività fisica leggera, ecc.). In termini di salute mentale, i fattori

psicologici fino ad oggi maggiormente riscontrati nella popolazione mondiale, sono elevati livelli di stress e/o di ansia. L'introduzione di nuove misure cautelative nella prevenzione da infezione da Sars-CoV-2 come la quarantena, provocarono effetti negativi sulle attività abituali e sui mezzi di sussistenza di molte persone innalzando i livelli di stress ad ansia. Fu previsto anche che sarebbero aumentati i livelli di solitudine, depressione, consumo dannoso di alcol e droghe, autolesionismo e comportamento suicida (Ramakrishnan 2020). Infatti, le difficoltà nel ricevere prestazioni mediche o trattamenti psichiatrici specifici hanno portato a ricadute mentali, comportamenti incontrollabili (iperattività, agitazione e autolesionismo) e un aumento della mortalità in quelle persone con patologie croniche, che richiedono un supporto medico continuo (Armitage, Nellums 2020).

Diversi studi a inizio pandemia, ipotizzarono che la popolazione anziana, durante la quarantena potesse essere a maggior rischio di: depressione (Curtin *et al.* 2017), disturbi emotivi (Yoon *et al.* 2016), stress (Di Giovanni *et al.* 2004), umore basso, irritabilità, insonnia (Lee *et al.* 2005) ed essere esposti a più elevati tassi di suicidio (Yip *et al.* 2010).

Per una comprensione più approfondita degli effetti psicologici e mentali causati dalla pandemia, erano considerate e osservate anche emozioni come paura e rabbia (Ornell *et al.* 2020). La prima è un meccanismo di difesa naturale contro eventi potenzialmente minacciosi e quindi adattiva per l'uomo, ma se cronica o non elaborata, può diventare una componente chiave di vari disturbi (Shin *et al.* 2010). Durante una pandemia emozioni come paura e rabbia possono essere più frequenti, alzando così, la quota media dei livelli di ansia e stress, soprattutto in gruppi sociali vulnerabili, come gli anziani (Yip *et al.* 2010). Molte delle preoccupazioni scaturite dalla pandemia furono supportate da dati ottenuti durante l'epidemia di SARS nel 2003, in cui ci fu un enorme aumento del tasso di suicidi negli anziani (*Ibidem*). Secondo alcuni ricercatori, l'epidemia psicologica di paura e panico causata da COVID-19 si è diffusa più rapidamente della pandemia stessa (Lee 2020). Come evidenziava Lee:

Se il COVID-19 penetra nel corpo umano e paralizza i polmoni, l'organo della vita, la paura del virus invade il cervello, la torre di controllo del corpo umano, e paralizza la ragione. La

paura del virus si estende a tutta la popolazione, non solo a chi è contagiato o ha lavorato direttamente con i contagiati (Lee 2020 p. 21).

Il livello di allerta nei confronti degli anziani era dunque aumentato, e a questo, si aggiunse anche un sentimento d'odio nei confronti degli anziani stessi, maggiormente vulnerabili ai virus in generale. Questi erano visti come la causa della quarantena e come un problema sociale che gravava su tutto il sistema, alimentando sporadici comportamenti discriminatori nei confronti degli stessi, come incuria e aggressioni verbali (Meisner 2020). Fu visto infatti che la pandemia di COVID-19 era testimone di discorsi apertamente ageisti nei *media mainstream*, il che complicava ulteriormente l'esperienza sociale per gli anziani. I suggerimenti: “non farsi prendere dal panico perché la malattia colpisce soprattutto le persone anziane!” sollevarono un problema etico del valore della vita. Le decisioni dolorose di dare la priorità alla ventilazione per i pazienti più giovani quando i letti o i ventilatori delle unità di terapia intensiva erano limitati approfondirono il senso di ansia e disperazione.

Un altro tema dell'ageismo fu la discussione generale sul “grigio tsunami” – la pressione esercitata sui sistemi medici dalla coorte di anziani in crescita nei paesi sviluppati.

Infine, l'anziano auto isolato soffriva di solitudine etica ovvero l'isolamento interiore che si prova quando l'umanità viene abbandonata aggravata dal fatto che l'anziano percepiva che chi era al potere non aveva bisogno di ascoltarlo.

Questa politica di isolamento avrebbe potuto causare delle ripercussioni sul benessere della popolazione anziana portando all'aumento di ansia, sentimento di rabbia, disturbi emotivi, stress, irritabilità, scarsa concentrazione, depressione e disturbo da stress post-traumatico (PTSD). Un sondaggio basato sul *web* di Hawryluck (2020) nelle persone in quarantena durante la pandemia di SARS dimostrò un'elevata prevalenza di sintomi di PTSD e depressione rispettivamente nel 28,9% e nel 31,2% degli intervistati. Lo studio riscontrò un aumento significativo dei sintomi del disturbo da stress post-traumatico nei soggetti in quarantena per una durata maggiore di >10 giorni rispetto a quelli <10 giorni.

Era importante considerare che molti dei dati relativi ai decessi

causati da Sars-CoV-2 non furono del tutto corretti. I risultati dei test eseguiti sulla popolazione anziana avrebbero potuto avvalorare l'ipotesi della non totale attendibilità degli stessi. La popolazione indagata dal test si limitava ai casi di infezioni da Sars-CoV-2 con gravi conseguenze. Questi però escludevano il numero di soggetti affetti da COVID-19 asintomatici e i decessi dovuti a comorbidità con altre malattie. È ragionevole estrapolare e sospettare che alcuni di questi pazienti, in particolare gli anziani in località remote, con scarso accesso alle strutture mediche, possano essere morti durante la pandemia per COVID-19 o essere stati conteggiati come decessi da Sars-CoV-2 nella raccolta dei dati contestuali e procedurali del Paese. I test limitati sembrano essere quindi la causa di distorsione dei dati più evidente nella maggior parte dei paesi, poichè alcuni paesi riportano il numero di persone testate mentre altri riportano un numero di test che potrebbero includere le stesse persone testate due o tre volte.

Inoltre, sorgono domande più schiette: i decessi sono dovuti alla polmonite da SARS-CoV-2 o alla mancanza di accesso al cibo e ai servizi sanitari di base? Uno studio italiano a livello nazionale correlò il tasso di mortalità con l'età e, considerando che il 23% della popolazione italiana ha 65 anni e più, ciò spiegherebbe la differenza significativa nella mortalità per COVID-19 in Italia (7,2% al 23 marzo) rispetto con il 2,3% in Cina (all'11 febbraio). Inoltre, le cifre reali che rappresenterebbero il bilancio dei decessi potrebbero essere state distorte dalla sottostima del bilancio delle vittime dei centri di assistenza per anziani. L'Organizzazione mondiale della sanità (Lancet 2020) stimò che il 50% dei decessi negli Stati Uniti e in Europa attribuiti al COVID-19 fosse provenuto da strutture di assistenza a lungo degenza per gli anziani (*Ibidem*). Inoltre, la carenza di ventilatori e dispositivi di protezione individuale (DPI), sebbene sperimentata in tutto il mondo, fu correlata a tassi più elevati di infezione e morte sia tra la popolazione generale che tra gli operatori sanitari (Runney *et al.* 2020). Il controllo dell'epidemia fu successivamente e direttamente influenzato dalla disponibilità di DPI per il personale medico (Lancet 2020). Le comorbidità più comuni dei pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) includevano malattie dei piccoli vasi cerebrali, declino cognitivo (Lahousse 2015) e malattie cardiovascolari (aritmie preesistenti o ipertensione arteriosa e condizioni indotte da

malattie come il cuore polmonare). Tutte queste condizioni contribuivano al rischio estremamente elevato di scompenso. Per una buona intenzione di ridurre il rischio di infezione, le limitazioni all'accesso all'assistenza sanitaria di questi malati cronici, con difficoltà legate all'età ad adattarsi alla tecnologia e alla telemedicina, mettono gli operatori sanitari nella posizione consapevolmente assunta di affrontare le apparenti conseguenze di una malattia cronica aggravata “oltre la riparazione”.

Fu riscontrato inoltre che molti pazienti cronici (pazienti con sintomi di infarto, insufficienza cardiaca o ictus), per paura di contrarre il virus, decidevano di non accedere ai servizi di salute pubblica e al Pronto Soccorso. Ad esempio, gli arresti cardiaci che si verificarono a casa sono impressionanti: nella settimana dal 30 marzo al 5 aprile 2020, ci sono state 1990 chiamate di arresto cardiaco a New York City, quattro volte più nello stesso periodo dell'anno precedente; e di questi, 1429 non hanno potuto essere rianimati (Shaw BCaD 2022).

Col passare del tempo la conoscenza rispetto al Sars-CoV-2 permise di portare a una migliore gestione della situazione. Tuttavia, i dati che furono raccolti in questa fase iniziale della pandemia possono non essere corretti e quindi utili solo ai fini di speculazione e analisi delle possibili ripercussioni mediche e psicologiche nell'anziano, quindi questi risultati dovrebbero essere presi con cautela.

In conclusione, i problemi di salute psicologica e mentale causati da COVID-19 dovrebbero essere discussi in modo completo. In particolare, fu richiesta una maggiore attenzione per le persone di età superiore ai 60 anni e furono classificate nel gruppo ad alto rischio (Dari Owi 2020) perché, come ampiamente sottolineato, erano fisicamente e mentalmente più vulnerabili rispetto ad altre fasce di età. Con i recenti segnali di prolungamento della pandemia, l'adozione di misure forti in tutto il mondo per prevenire la diffusione del COVID-19, poteva ulteriormente aggravare i problemi di salute mentale tra gli anziani. Certamente, queste misure sociali contribuiscono positivamente all'efficacia della prevenzione delle malattie e della prevenzione della diffusione. Tuttavia, la salute mentale degli anziani richiedeva maggiore attenzione e cura perché sono il gruppo demografico che vive l'isolamento sociale per la durata più lunga (Ranney *et al.* 2020) Inoltre, poichè studi precedenti sugli anziani hanno dimostrato che l'isolamento sociale è un "grave problema di salute pubblica " (Wu *et al.*

2020) che aumenta il rischio di problemi cardiovascolari, autoimmuni, neurologici e di salute mentale, i problemi di salute mentale degli anziani causati da COVID-19 -19 dovrebbe essere discusso più attentamente e affrontato come una crisi di salute pubblica.

D. L'INTERVENTO DI SOCCORSO PSICOLOGICO DEL CENTRO ALFREDO RAMPI NELL'EMERGENZA COVID-19

Il Centro Alfredo Rampi nel periodo tra il 9 marzo e il 22 maggio 2020 attivo, immediatamente dopo la proclamazione dell'emergenza, un numero verde a cui chiunque poteva chiamare per ricevere un supporto psicologico.

Quando si fa riferimento alla popolazione anziana ci si riferisce a persone di età superiore ai 71 anni e in questa fascia di età, le chiamate che giunsero al Centro sono state 15 su un totale di 160, rappresentando poco più del 9% totale dell'utenza. La popolazione anziana Maschile (5), richiedeva supporto psicologico maggiormente per: forte ansia, disturbi psicosomatici, stati depressivi, pensieri di morte, paura di morte, non riuscire a stare nel presente (importante considerare il ciclo vitale), solitudine, preoccupazioni economiche, isolamento sociale, difficoltà ad attingere a risorse personali, alterazione del comportamento alimentare, smarrimento, paura di perdere sostegno psicologico o psichiatrico, angoscia, comportamenti ossessivo-compulsivi, pensieri suicidari, e autolesionismo.

La popolazione anziana Femminile (10), riportava maggiormente sintomi come: sintomi fisici (difficoltà polmonare, artrite, difficoltà nella deambulazione), shock, sofferenza per il lutto del partner deceduto per contagio da COVID-19, smarrimento, angoscia, dipendenza relazionale, vergogna, pensieri suicidari, difficoltà a attingere a risorse personali, panico, forte stress, stati depressivi, paura per sé e per i propri cari, paura e pensieri di morte, solitudine, preoccupazioni economiche, isolamento sociale, senso di abbandono, sintomi psico-somatici come difficoltà a dormire, paura di essere contagiata da colf o badanti, sprovviste di misure di sicurezza e protezione come guanti e mascherine.

All'interno del servizio si verificò come gli anziani, in una fase iniziale, riferissero una maggiore consapevolezza dell'emergenza, avendo vissuto anche momenti storici come la guerra e cataclismi naturali quali

terremoti e alluvioni. Si è inoltre potuto notare come, fra gli anziani, ci fosse anche una scarsa percezione del rischio, rispetto ad un “nemico invisibile” con conseguenti scarse misure di protezione per sé.

Indipendentemente dal sesso *la solitudine* risultava il sintomo più frequente e quello più difficile da affrontare a livello emotivo, tanto è vero che le chiamate al numero verde erano finalizzate, fra questa popolazione anziana, anche alla richiesta di “compagnia”.

Il non utilizzo di strumenti tecnologici in questa fascia riduceva i contatti sociali e riduceva anche la possibilità di cercare numeri verdi per spesa e farmaci. Molti anziani non avevano una rete di supporto familiare e ciò incideva sul malessere già in atto. Solo alcuni avevano il supporto dei vicini, partner o parenti che vivevano lontani ma che sentivano frequentemente durante la giornata.

Furono riscontrati anche sintomatologie pregresse e precedenti cure farmacologiche con antidepressivi e ansiolitici (EN, XANAX) per stati depressivi, attacchi di panico, ansia, ipocondria, solitudine, isolamento sociale,

Alcuni dei bisogni e delle richieste principali furono: informazioni per ricevere la spesa e per i farmaci a casa, bisogno di chiacchierare con qualcuno e di avere un po' di compagnia, informazioni su aspetti legali riferiti a testamento in caso di morte e supporto psicologico.

Il servizio di ascolto psicologico evidenziò molto le fragilità di persone che chiamavano in emergenza, non permettendo però una lettura dell'evoluzione della sintomatologia. Nel concreto, accogliendo una persona che è in emergenza, immancabilmente si leggeva il disagio del momento, ma poco di come l'emergenza della persona si era evoluta prima o si sarebbe evoluta dopo l'intervento.

Si può effettuare un confronto nel rapporto tra il numero di anziani e il resto della popolazione che chiamò il numero verde, ma i dati non furono rappresentativi di un andamento della popolazione in generale, in quanto per fare questo sarebbe servito un lavoro di metanalisi. Non possiamo inoltre dire se il numero di anziani che si rivolse al numero verde sia stato alto o basso, in quanto non sappiamo di eventuali difficoltà degli anziani ad utilizzare il telefono o altre tecnologie

*L'intervento da remoto con una signora anziana*³⁶

Una signora di 83 anni chiama al numero verde per avere informazioni su come lasciare un testamento alla sua famiglia. La psicologa che ha preso in carica la chiamata ha percepito sin da subito che dietro la richiesta ci fosse anche un bisogno emotivo. Infatti, durante il COVID-19 e l'isolamento sociale la signora ha iniziato a soffrire molto la lontananza dai propri cari, vivendo sola in casa. La minaccia del COVID-19 aveva acuitizzato dei tratti depressivi presenti sin da prima seppur di lieve intensità. Durante il lockdown si sono slatentizzate paure ed angosce, motivo per il quale la paura di morire sola e lontana dalla famiglia è sfociata in un profondo malessere che ha fatto emergere il bisogno di redigere un testamento così da lasciare la sua eredità alla famiglia, figli e nipoti.

Sin dai primi momenti la psicologa ha definito la natura del nostro servizio di ascolto psicologico, e che quindi non potevamo supportarla praticamente nella sua richiesta ma che, se avesse voluto avremmo potuto offrirle un ascolto ed un aiuto professionale di tipo emotivo. Una volta legittimata la paura dell'impossibilità di condividere l'eredità con i propri parenti e il non farli preoccupare, è stato possibile creare uno spazio sicuro ed emotivo per poter condividere alcune emozioni. Il momento più significativo riportato dalla psicologa è stato un momento di silenzio in cui la signora è scoppiata in un pianto liberatorio in cui si è sentita riconosciuta e legittimata nella sofferenza. Entrambe erano sintonizzate su uno stare nel dolore, rispettando quegli attimi carichi di significato ed emozione. La psicologa ha invitato la signora ad attivare un supporto territoriale tramite il medico di base e ad iniziare a scrivere la sua storia di vita tramite favole che avrebbe così potuto lasciare ai nipoti come eredità. Nella chiamata si sono salutate con la possibilità da parte della signora di chiamare immediatamente i nipoti e iniziare il racconto di una di queste favole di vita al telefono.

³⁶ L'intervento è stato condotto dalla psicologa delle emergenze Veronica Pasquariello.

E. RISORSE PER GLI ANZIANI DURANTE IL COVID-19

Nella prima parte della pandemia si supponeva che l'isolamento sociale utilizzato per attenuare gli effetti mortali da COVID-19 potesse portare ad effetti estremamente negativi sull'equilibrio psicologico della popolazione in generale ma soprattutto dell'anziano.

Gli esperti concordavano sul fatto che più a lungo va avanti questa pandemia, maggiori possono essere i costi psicologici (Yao *et al.* 2020). L'incertezza sulla possibilità di infezione e morte personale, sulla malattia della propria famiglia o degli amici, accrebbe gli stati mentali disforici (Shigemura *et al.* 2019). Le condizioni psichiatriche esistenti si evolsero in disturbi psicotici o paranoici, portando persino al suicidio (Wang *et al.* 2020). La prevalenza e la gravità dello stress psicologico durante la pandemia di COVID-19 continuò ad essere studiato da diversi paesi per guidare i decisori e il pubblico (Qui *et al.* 2020 e Li *et al.* 2020) e l'impatto psicologico misurato mostrò un livello da moderato a grave a causa della pandemia (Wang *et al.* 2020). Tutti questi furono i motivi per cui gli anziani ebbero bisogno di più sostegno che mai in questa crisi e le misure adottate per far fronte alla pandemia dovettero tenere conto di questa necessità (COE 2020).

Nonostante gli aspetti negativi della pandemia causati anche dall'introduzione dei mezzi preventivi contro l'infezione (quarantena) la popolazione anziana mostrò comunque di possedere strategie e risorse per far fronte alle problematiche nate da questo evento.

Tra le possibili risorse vedemmo come frequentare i servizi ecclesiastici, praticare la preghiera quotidiana e leggere la letteratura spirituale, furono delle strategie che per alcuni sono serviti a far fronte ai fattori di stress. Lo stesso sostegno sociale di una comunità religiosa e lo sviluppo di una relazione con Dio furono componenti essenziali del coping (Harris *et al.* 2013). Allo stesso tempo, le chiese fornivano un senso di integrazione sociale e comunitaria, fortemente correlato con un senso di benessere personale e contrasto al senso di solitudine.

Inoltre, erano proprio ai membri più anziani che le chiese hanno offerto un'ampia gamma di attività sociali, che tendevano a mettere in contatto la persona anziana con altre persone e a ridurre la possibilità di isolamento sociale e solitudine (Cox e Hammond 1989). Altri modi per aiutare gli anziani è prendersi cura dei vicini soddisfacendo i loro bisogni

emotivi/ fisici – non c'è modo migliore per alleviare l'ansia e ridurre l'isolamento sociale che rivolgersi agli altri bisognosi (Koenig 2020). – Per rimanere attivi nella comunità da casa; attualmente, molte organizzazioni – partiti politici, gruppi religiosi, organizzazioni senza scopo di lucro – si affidano a volontari per fornire assistenza/aiuto agli anziani e ai fragili (Archbald-Pannone 2020).

Pertanto, l'approccio giusto per avviare strategie di guida e di gestione contro le influenze psicologiche e mentali negative sembrava essere quello di "far fronte allo stress".

In secondo luogo, un fattore che doveva essere affrontato in questa discussione è "l'integrità dell'ego". L'integrità dell'ego è lo stato psicologico più ideale che una persona può avere durante l'età avanzata e include autostima (Afsar *et al.* 2018). Erikson ha affermato che l'integrità dell'io tra gli anziani è lo stato di benessere psicologico, lo stato ultimo di non temere la morte; cioè, accettare la propria vita senza rimpianti, accontentarsi della propria vita e avere una visione equilibrata del passato, presente e futuro come risultato del proprio adattamento alle capacità richieste dalla società, quando si entra nella vecchiaia (Tsai *et al.* 2005). L'esposizione costante a livelli di stress elevati in età avanzata diminuisce le aspettative verso sé stessi e danneggia la percezione positiva di sé, in altre parole, livelli di stress elevati, come durante il COVID-19, nella vecchiaia avrebbero potuto avere un impatto negativo sullo sviluppo dell'integrità dell'ego. Inoltre, lo stress può portare a una perdita di autostima e depressione (Asfar *et al.* 2018), causando altri problemi di salute mentale. Pertanto, l'integrità dell'io è un fattore essenziale che dovrebbe essere incluso nei suggerimenti e nelle strategie. Dato che comportamenti discriminatori, come la rinuncia al trattamento o la presa in giro, sono diventati un problema sociale a causa delle crescenti avversioni nei confronti degli anziani dovute alla paranoia COVID-19, sono particolarmente urgenti interventi basati sulla loro ego-integrità. Terzo, un altro fattore importante è "l'autoefficacia". "Autoefficacia" si riferisce alla fiducia o all'aspettativa della propria capacità di svolgere con successo un'azione o un'attività per produrre i risultati desiderati (Wijk e Grimby 2008). Essa è una variabile importante che predice l'adattamento e svolge un ruolo importante nel cambiamento comportamentale, nella salute fisica, nei problemi mentali e nell'adattamento psicologico (Banach *et al.* 2020). Può influenzare il grado in cui gli anziani possono controllare e far fronte agli eventi in si-

tuazioni stressanti causate da COVID-19. Secondo studi precedenti, l'autoefficacia riduce gli effetti negativi dello stress (Shirivastava *et al.* 2013) media il 40% degli effetti sulla depressione e svolge un ruolo benefico nel proteggere e promuovere la salute fisica e mentale in situazioni stressanti. L'autoefficacia, quindi, non solo aiuta gli anziani a riconoscere le proprie capacità nelle situazioni di stress causate dal COVID-19, ma aiuta anche a dimostrare la convinzione di poter superare situazioni difficili.

Infine, dal punto di vista della psicologia positiva, la "resilienza" dovrebbe ricevere attenzione. La resilienza è definita come una forza positiva per superare e adattarsi a difficoltà o situazioni stressanti (D'Albis *et al.* 2013). È importante sottolineare che l'elevata resilienza tra gli anziani predice variabili come elevate capacità di *coping*, lunga durata della vita, bassa depressione, una mente positiva, forti reti di supporto sociale e attività fisica dinamica; quindi, la resilienza è particolarmente importante tra gli anziani dove gli stress psicologici, sociali, fisici e socio-economici sono più elevati tra tutti gli altri gruppi di età (Banerjee *et al.* 2020). Per questi motivi, la resilienza è ulteriormente definita come un fattore protettivo che tampona e riduce i fattori di rischio che causano conseguenze negative (Oxford Uo. 2020) Poiché ci si aspetta che la resilienza abbia un ruolo e un contributo come meccanismo protettivo per gli anziani, dovrebbe essere esaminata a fondo con altri concetti psicologici.

La *Health in Aging Foundation* ha offerto consigli pratici da condividere con gli anziani. Il primo include il consumo di notizie con moderazione, poiché le notizie vengono costantemente aggiornate e possono essere emotivamente travolgenti. Il secondo consiglio era quello di incoraggiare le attività all'aria aperta, facendo attenzione a mantenersi a 6 piedi (circa 2 metri) di distanza dagli altri. Il terzo era rimanere in contatto con la famiglia e gli amici tramite *smartphone* e *computer*. Per coloro che non avevano accesso a *Internet* o non erano in grado di utilizzare uno *smartphone*, è stato utile effettuare telefonate quotidiane e persino scrivere lettere. L'ultimo consiglio è stato quello di assicurarsi che le prescrizioni venissero ricaricate e che i farmaci venissero assunti quotidianamente.

Un'altra casa di cura in Florida ha lanciato una raccolta fondi per l'acquisto di dispositivi "*smart display*" come *Amazon Echo Show*®. L'AARP ha anche lanciato un sito *Web Community Connections* volto a fornire un elenco ricercabile di organizzazioni di mutuo soccorso proget-

tate per fornire servizi quotidiani chiave per la popolazione anziana mantenendo il distanziamento sociale. La *National Association of Area Agencies on Aging* (N4A) ha anche istituito un risorse simili guida.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità incoraggiò il pubblico a sostenere gli anziani attraverso reti di familiari/amici e operatori sanitari, in particolare quelli già affetti da deficit cognitivi inclusa la demenza che potrebbe sentirsi più ritirata durante una quarantena.

In generale L'OMS definisce la "capacità intrinseca" come il "composito di tutte le capacità fisiche, funzionali e mentali di un individuo" spostando l'attenzione da un invecchiamento negativo (disabilità) a uno positivo (invecchiamento ottimale), essendo correlato all'inizio del declino dell'autonomia, delle cadute e della morte. L'attività fisica ha un impatto positivo sulla salute e sulla qualità della vita, riducendo il rischio di deterioramento funzionale e cognitivo, cadute e rischio di fratture, depressione, disabilità, rischio di sindromi geriatriche, tassi di ospedalizzazione e, consecutivamente, mortalità negli anziani.

Sulla base degli studi condotti durante la pandemia in generale ci furono delle grandi ripercussioni sulla vita delle persone molte delle quali conseguenze dell'isolamento sociale forzato derivante dalla quarantena, soprattutto per la popolazione anziana.

Tuttavia, in studi condotti recentemente il periodo di isolamento da parte di COVID-19 si è rivelato avere un impatto stressante ma più lieve rispetto al previsto. Inoltre, solo uno studio dimostrò che le persone durante la quarantena avevano livelli di ansia più bassi, ma più disturbi del sonno.

In conclusione, si può dunque comprendere come la pandemia è stato dimostrato essere origine e causa di malessere e nascita e/o peggioramento di condizioni psicologiche problematiche come ansia, depressione ecc.

Per quanto però concerne la differenza tra le varie fasce di popolazione divise per età la paura maggiore era rivolta alla popolazione più anziana e le preoccupazioni erano indirizzate alle difficoltà di questa di ri-inserirsi nell'ambiente sociale, ritornare a uno stile di vita il più normale possibile e riuscire ad affrontare le conseguenze derivanti dall'isolamento sociale. In contrapposizione alle aspettative iniziali si è visto tramite alcuni studi condotti "post" COVID-19 come la popolazione anziana ha sofferto l'isolamento sociale che ha comportato la pandemia ma non di più del resto della popolazione.

BIBLIOGRAFIA

- ACOSTA E., DUDEL C., MYRSKYLÄ M., RIFFE T., STROZZA C., VAN RAALTE A. (2020), Monitoring Trends and Differences in COVID-19 Case-Fatality Rates Using Decomposition Methods: Contributions of Age Structure and Age-Specific Fatality, *PLoS One*;15(9):e0238904. doi: 10.1371/journal.pone.0238904. PMID: 32913365; PMCID: PMC7482960.
- AFSAR B., SIRIOPOL D., ASLAN G., (2018), “L’impatto dell’esercizio sulla funzione fisica, sugli esiti cardiovascolari e sulla qualità della vita nei pazienti con malattia renale cronica: una revisione sistematica”. *Int Urol Nephrol*; 50: 885-904.
- ARMITAGE R., NELLUMS L.B. (2020), “COVID-19 and the consequences of isolating the elderly”. *Lancet Public Health*; 5: e256.
- BAKER M., HOLT-LUNSTAD J., SMITH T.B., HARRIS T., STEPHENSON D. (2015), “Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review”. *Perspect Psychol Sci*; 10(2): 227-237.
- BANACH M., PENSON P.E., FRAS Z., (2020), Brevi raccomandazioni sulla gestione dei pazienti adulti con ipercolesterolemia familiare durante la pandemia di COVID-19. In *Farmaco Res*; 158: 104891.
- BERG-WEGER M, MORLEY JE. Solitudine nella vecchiaia: un problema di salute non affrontato. *J Nutrizione Salute Invecchiamento* 2020; 24: 243-45.
- BROOKE J, JACKSON D. Persone anziane e COVID-19: isolamento, rischio ed età. *J Clin Nurs* 2020. Doi: 10.1111/jocn.15274.
- BRUXELLES G.G., IKRAM M.A., LAHOUSSE L., TIEMEIER H., (2015), “Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva e Malattia Cerebrovascolare: Una Rassegna Completa.”, *Respira Med*; 109: 1371-80.
- CACIOPPO J.T., CACIOPPO S. (2014), “Older adults reporting social isolation or loneliness show poorer cognitive function 4 years later”, *Evid Based Nurs.*; 17(2): 59-60.
- CACIOPPO J.T., CACIOPPO S. Loneliness in the modern age: an evolutionary theory of loneliness (ETL). In: *Advances in Experimental Social Psychology*. Olson JM (ed). *Academic Press* 2018; 58: 127-97.
- CACIOPPO J.T., HAWKLEY L.C. (2009). “Perceived social isolation and cognition”. *Trends Cogn Sci*; 13: 447-54.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL (2018). *Diabetes prevalence and glycemic control among adults*. Testo disponibile al sito:

<https://www.cdc.gov/nchs/data/hus/2015/040.pdf> (2022).

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2020), *Coronavirus Disease 2019 Preparedness Checklist for Nursing Homes and other Long-Term Care Settings*. Testo disponibile al sito: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/novel-coronavirus-2019-Nursing-Homes-Preparedness-Checklist_3_13.pdf (2020).

CENTERS FOR DISEASE CONTROL, Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) (2020), *Severe Outcomes Among Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*, United States, February March 16, 2020. Testo disponibile al sito: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6912e2> 2014; 140(6): 1464-1504 (2022).

CENTERS FOR DISEASE CONTROL, *Summary Health Statistics: National Health Interview Survey*.

CHIU D., CONLEY J., DI GIOVANNI C., ZABORSKI J. (2004). Factors influencing compliance with quarantine in Toronto during the 2003 SARS outbreak. *Biosecur Bioterror*. 2004;2(4):265-272. doi:10.1089/bsp.2004.2.265.

COURTIN E., KNAPP M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Heal Soc Care Community*.;25(3):799-812. doi:10.1111/hsc.12311.

COX H, HAMMONDS A. (1985). Religiosità, invecchiamento e soddisfazione di vita. In *Religione Invecchiamento*. 5: 1-21.

Dichiarazione. Le persone anziane hanno bisogno di più sostegno che mai nell'era della pandemia di COVID-19. https://www.coe.int/en/web/commissioner/view/-/asset_publisher/ugj3i6qSEkhZ/content/le-persone-anziane-hanno-bisogno-di-più-sostegno-che-mai-nell-era-del-COVID-19-pandemia. Accesso:29.04.2020.

FREEDMAN A., NICOLLE J., *Social Isolation and loneliness: the new geriatric giants*. Can Fam

GIRDHAR R, SRIVASTAVA V, SETHI S. Gestione dei problemi di salute mentale tra gli anziani durante la pandemia di COVID-19. *Geriatr Care Res* 2020; 7: 29-32.

GRAY K. (2019), *A Conceptual Review of Loneliness Across the Adult Life Course* (16+ years), University London.

HARRIS GM, ALLEN RS, DUNN L, PARMELEE P. "I guai non dureranno sempre": coping religioso e significato nel processo di stress. *Qual*

Health Res 2013; 23: 773-81. html. Accesso: 30 aprile 2020.

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (2020), *Report sulle caratteristiche dei pazienti deceduti positivi a COVID-19 in Italia*.

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia. Testo disponibile a sito:<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-decessi-italia> (2022).

KOENIG HG. Modi per proteggere gli anziani religiosi dalle conseguenze del COVID-19. *Am J Psichiatria Geriatrica* 2020; doi: 10.1016/j.jagp.2020.04.004.

LEE K., JEONG G.C., YIM J. (2020), "Consideration of the Psychological and Mental Health of the Elderly during COVID-19: A Theoretical Review", *Int. J. Environ Res Public Health*. Nov 3;17(21):8098. doi: 10.3390/ijerph17218098. PMID: 33153074; PMCID: PMC7663449.

LEE K., JEONG G.C., YIM J., "Consideration of the Psychological and Mental Health of the Elderly during COVID-19: A Theoretical Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Nov 3;17(21):8098. doi: 10.3390/ijerph17218098. PMID: 33153074; PMCID: PMC7663449.

LEE S, CHAN LYY, CHAU AMY, KWOK KPS, KLEINMAN A. The experience of SARS- related stigma at Amoy Gardens. *Soc Sci Med*. 2005;61(9):2038-2046. doi:10.1016/j.socscimed.2005.04.010.

LEE, E. COVID-19 Generation, How Are Your Mental Health? *Issue Diagn*. 2020, 414, 1–25.

LEVIN AT, HANAGE WP, OWUSU-BOAITEY N, COCHRAN KB, WALSH SP, MEYEROWITZ-KATZ G. Assessing the age specificity of infection fatality rates for COVID-19: systematic review, meta-analysis, and public policy implications. *Eur Epidemiol*. 2020 Dec;35(12):1123-1138. doi: 10.1007/s10654-020-00698-1. Epub 2020 Dec 8. PMID: 33289900; PMCID: PMC7721859.

LI Q, ZHAO C. A Review of the Current Status of Clinical Management of COVID-19 in the Elderly. *Med Sci Monit*. 2021 Apr 9;27: e930278. doi: 10.12659/MSM.930278. PMID: 33833211; PMCID: PMC8043417

LI W, YANG Y, LIU ZH, et al. Progresso dei servizi di salute mentale durante l'epidemia di COVID-19 in Cina. *Biol Sci* 2020; 16: 1732-8.

LIVINGSTON E., KAREN B, "Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Italy," *Journal of the American Medical Association*, March 17, 2020.

MACHIELSE A. Theories on social contacts and social isolation. In: Hortulanus R, Machielse A, Meeuwesen L. *Social Isolation in Modern*

Society. Routledge, New York 2006; 13-36.

MARENGONI A., WINBLAD B., KARP A., FRATIGLIONI L. (2008), "Prevalenza di malattie croniche e multimorbidità tra la popolazione anziana in Svezia." *Salute pubblica*; 98: 1198-200.

MEHRA A, RANI S, SAHOO S, et al. Una crisi per gli anziani con disturbi mentali: ricaduta dei sintomi dovuta all'accresciuta ansia dovuta al COVID-19. *Psichiatria asiatica* 2020; 51: 102114.

MEISNER, B.A. Are You OK, Boomer? Intensification of Ageism and Intergenerational Tensions on social media Amid COVID-19. *Leis. Sci.* 2020, 1–6.

MORAGA P, KECCHESON DI, OMBAO HC, DUARTE CM. Assessing the age- and gender-dependence of the severity and case fatality rates of COVID-19 disease in Spain. *Wellcome Open Res.* 2020 Jun 2; 5:117. doi: 10.12688/wellcomeopenres.15996.1. PMID: 33954263; *PMCID*: PMC8063525.

ORNELL, F.; SCHUCH, J.B.; SORDI, A.O.; KESSLER, F.H.P. "Pandemic fear" and COVID-19: Mental health burden and strategies. In BRAZ. J. *Psychiatry* 2020, 42, 232–235. *Phys.* 2020; 66(3): 176-182

QIU J, SHEN B, ZHAO M, WANG Z, XIE B, XU Y. Un'indagine a livello nazionale sul disagio psicologico tra i cinesi nell'epidemia di COVID-19: implicazioni e raccomandazioni politiche. *Gen Psychiatr* 2020; 33: e100213.

RAMAKRISHNAN VK. Efficacious psychological resilience for COVID-19 pandemic. *Purakala.* 2020;31(44):253-267.

RANNEY ML, GRIFFETH V, JHA AK. Critical supply shortages – the need for ventilators and personal protective equipment during the COVID-19 pandemic. *Engl Med* 2020; 382: e41.

Redefining vulnerability in the era of COVID-19. *Lancet* 2020; 395: 1089. KFF. State Reporting of Cases and Deaths Due to COVID-19 in Long-Term Care Facilities. <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/state-reporting-of-cases-and-deaths-due-to-COVID-19-in-long-term-care-facilities/>. Accessed: May 17th 2020.

REINER Z., HATAMIPOUR M., BANACH M. (2020), Le statine e la proteasi principale del COVID-19: evidenza in silico sull'interazione diretta. *Arch Med Sci*; 16: 490-6.

ROTE S, HILL TD, ELLISON CG. Frequenza religiosa e solitudine nell'età avanzata. *Gerontologo* 2013; 53: 39-50.

SHAW BCAD. I decessi per arresto cardiaco in casa a New York City sono aumentati di un sorprendente 800%. http://www.ptca.org/news/2020/0408_INCREASED_DEATHS_NYC.

SHIGEMURA J, URSANO RJ, MORGANSTEIN JC, KUROSAWA M, BENEDEK DM. Risposte del pubblico al romanzo 2019 coro navirus (2019-nCoV) in Giappone: conseguenze sulla salute mentale e popolazioni target. *Psichiatria Clin Neurosci* 2020; 74: 281-2.

SHIGEMURA, J.; URSANO, R.J.; MORGANSTEIN, J.C.; KUROSAWA, M.; BENEDEK, D.M. (2020) Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin. Neurosci*, 74, 281–282.

SHIN, L.M.; LIBERZON, I. The Neurocircuitry of Fear, Stress, and Anxiety Disorders. *Neuropsychopharmacology* 2010, 35, 169–191.

SHRIVASTAVA S.R., SHRIVASTAVA P.S., RAMASAMY J. (2013), "Assistenza sanitaria agli anziani: determinanti, bisogni e servizi." In *t J Prec. Med*; 4: 1224-5.

TSAI Y.F., YEH S.H., TSAI H.H. "Prevalenza e fattori di rischio per i sintomi depressivi tra gli anziani residenti in comunità a Taiwan." In: *Int J Geriatr Psichiatria* 2005; 20: 1097-102.

VELLAS C, DELOBEL P, DE SOUTO BARRETO P, IZOPET J. COVID-19, Virology and Geroscience: A Perspective. *J Nutr Health Aging*. 2020;24(7):685-691. doi: 10.1007/s12603-020-1416-2. PMID: 32744561; PMCID: PMC7301052.

WANG C, PAN R, WAN X, et al. Risposte psicologiche immediate e fattori associati durante la fase iniziale dell'epidemia di coronavirus (COVID-19) del 2019 tra la popolazione generale in Cina. *Int J Environ Res Salute Pubblica* 2020; 17: 1729.

WIJK H, GRIMBY A. (2008) Bisogni dei pazienti anziani in cure palliative. In *Am J Hosp Palliat Med*; 25: 106-11.

WIJK H., GRIMBY A. (2008), "Bisogni dei pazienti anziani in cure palliative." In *Am J Hosp Palliat Care* 2008; 25: 106-11.

WU H, HUANG J, ZHANG CJP, HE Z, MING WK. Facemask shortage and the novel coronavirus disease (COVID-19) outbreak: reflections on public health measures. *EclinicalMedicine* 2020; 21: 100329.

WU, ZUNYOU AND JENNIFER M. MCGOOGAN, "Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China," *Journal of the American Medical Association*, Feb.

24, 2020.

YAO H, CHEN JH, XU YF. Pazienti con disturbi mentali nell'epidemia di COVID-19. *Psichiatria Lancet* 2020; 7: e21.

YIP PSF, CHEUNG YT, CHAU PH, LAW YW. The impact of epidemic outbreak: The case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong. *Crisis*. 2010;31(2):86-92. doi:10.1027/0227-5910/a000015

YIP, P.S.F.; CHEUNG, Y.T.; CHAU, P.H.; LAW, Y.W. The Impact of Epidemic Outbreak: The Case of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) and Suicide Among Older Adults in Hong Kong. *Crisis* 2010, 31, 86–92.

8. VENTI MINUTI PER COSTRUIRE IL CAMBIAMENTO. GLI
PSICOLOGI DELLE EMERGENZE DEL CENTRO ALFREDO
RAMPI IN PRIMA LINEA

Rita Di Iorio, Daniele Biondo, Michele Grano,
Veronica Pasquariello

A. SOCCORSO PSICOLOGICO AL TELEFONO

Il Centro Alfredo Rampi dalle prime settimane di dichiarazione dello stato di emergenza, e all'inizio del *lockdown*, ha attivato autonomamente il proprio N° Verde, dal 9 marzo al 22 maggio 2020 all'interno del progetto denominato "INSIEME". L'intento è stato offrire un supporto psicologico, telefonico, in *chat*, e via *Skype* (4/5 sedute) alla popolazione nazionale, che si è ritrovata coinvolta fisicamente e psicologicamente nell'emergenza COVID-19. Il Servizio è stato possibile grazie alla collaborazione della sede locale Psicologi delle Emergenze Alfredo Rampi – PSIC-AR. Dal 28 marzo, il Servizio è stato potenziato con 25 operatori per accogliere telefonate di sostegno psicologico dal comune di Nerola, in collaborazione con la Protezione Civile di Roma Capitale.

L'intervento tempestivo in un tempo di emergenza può scongiurare nelle vittime ulteriori danni o l'insorgenza di conseguenze irreparabili, "*dalle patologie post-traumatiche fino alla morte psichica*" (Di Iorio, Biondo 2009a, p. 3). La teoria e la pratica insegnano che quanto prima si interviene, maggiori sono le possibilità di iniziare processi di elaborazione del trauma, prevenendo lo scatenarsi di sintomi più gravi. Questa attenzione è stata tanto più urgente a fronte di un evento minaccioso e inedito come quello del Coronavirus, per cui il Servizio telefonico attivato prontamente dal Centro Alfredo Rampi ha permesso a molte persone a prendersi cura delle loro paure e sofferenze, perché non diventassero esclusivamente fattori angoscianti e limitanti.

Il Servizio è nato proprio per aiutare le persone a comunicare, accogliere, comprendere e trasformare i vissuti scatenati da questa emergenza. La presenza e l'ascolto psicologico sono stati erogati in un "setting" particolare, o potremmo dire in un "non-setting" come spesso accade in emergenza: le nostre squadre di Psicologi delle Emergenze,

addestrate ad operare in contesti frammentati fisicamente ed emotivamente, hanno dovuto settarsi tempestivamente sulla modalità telefonica, una modalità per gli psicologi delle emergenze del Centro Alfredo Rampi già sperimentata in passato.

Il mezzo ha inevitabilmente comportato alcune peculiarità nel lavoro: ha richiesto di concentrarsi sull'utilizzo della propria voce come strumento fondamentale per infondere calma e fiducia e sull'ascolto della voce e delle pause altrui, in assenza dell'immagine corporea e di tutti gli aspetti non verbali della comunicazione. Come ha scritto in proposito Biondo (2018, p. 30) *“la parola che dà conforto e quiete e l'empatia che affianca e connette”* permettono di *“dare un luogo al dolore”*. La potenza della parola e della condivisione, ancor più in questa emergenza, sono state essenziali per dare avvio ad esperienze di possibile elaborazione e riconciliazione.

L'essenziale in emergenza è riuscire ad instaurare un rapporto di fiducia e di intesa con le persone. Quando il tempo è poco e le emozioni sono intense, la comunicazione diventa un fattore critico per il successo o l'insuccesso dell'operazione (Grano 2019).

L'esperienza di ascolto psicologico al telefono si è rivelata essere un intervento necessario, lo dimostrano i numeri delle chiamate ricevute, nonostante gli psicologi spesso avessero riportato, nei gruppi di *debriefing*, l'impressione di avere poco tempo a disposizione per dedicarsi all'ascolto delle persone. A dimostrazione dell'utilità del servizio telefonico una prova unica, che nella relazione di aiuto può provenire solo dal beneficiario: il sentimento di gratitudine. Molte persone hanno dichiarato, a conclusione della telefonata, di aver ricevuto il supporto necessario dallo psicologo dell'emergenza, al di là delle proprie aspettative.

Ogni telefonata può essere vissuta come “un viaggio a sé”, che attiva nello psicologo ansie, adrenalina, aspettative e curiosità: la consapevolezza di ciò, con la competenza nella scansione dei momenti (temporale e semantica; interna e operativa), permette di riconoscere, integrare e trasformare tali vissuti e risonanze personali, che altrimenti rischiano di bloccare internamente, e frenare la fluidità e la qualità della relazione a distanza, già di per sé complessa.

L'emergenza - e in particolare quella pandemica, con l'attivazione del supporto da remoto - concede pochissimo spazio-tempo per *creare una relazione d'aiuto*: talvolta una singola chiamata, che può dunque

realmente essere “cruciale” per l’esito.

La Psicologia dell’Emergenza ha la responsabilità e l’opportunità di svolgere un’importante funzione di “biglietto da visita” per l’intera categoria degli Psicologi: una presenza centrata e competente, con specifica formazione sulla gestione delle situazioni emergenziali, che permette alla persona di vivere un’esperienza costruttiva con uno psicologo, un *imprinting* positivo, che può facilitare l’orientamento verso servizi psicologici pubblici o privati, ai quali probabilmente non si sarebbe spontaneamente rivolta (Di Iorio, Biondo 2009b, 2011).

Le caratteristiche cardine del supporto psicologico telefonico di prima linea sono state:

✓ *Creare una buona alleanza* con la persona in poco tempo, attraverso la legittimazione di ciò che la persona viveva, quando sentiva che lo psicologo riusciva a reggere i suoi stati emotivi, dandogli valore, significato, ed un valido contenimento, necessario per l’accettazione e l’iniziale confronto con gli stessi;

✓ *Trovare un modo per “accorciare le distanze”* imposte dal mezzo (e più in generale dall’emergenza in atto, che aveva il suo principale *vulnus* nell’“isolamento”, nella “chiusura”, nel “distanziamento sociale”), partendo ad es. dal nome. In alcune chiamate è stato riscontrato il bisogno di alcuni utenti di mantenere l’anonimato, rassicurazione che spesso invogliava a contattare il servizio telefonico. È stato fondamentale nella relazione e nell’alleanza iniziale, riconoscere e rispettare tale bisogno dell’utente;

✓ *Sapersi presentare*, dicendo il proprio nome e l’ente a cui si apparteneva o che attivava l’intervento. In alcuni contesti, si è evinto che potrebbe essere prudente non rivelare le proprie generalità, semmai solo il nome, anche ai fini di autoprotezione da potenziali rischi. In molti episodi, gli utenti hanno “testato” gli psicologi in merito a questo (“Ma lei è una psicologa esperta? Come si chiama? È iscritta all’albo?”). Questi movimenti, spesso, parlavano del bisogno dell’utente di capire se potersi fidare e lo psicologo, senza colludere, ha potuto far sentire vicinanza, affidabilità e sostegno;

✓ *Essere flessibile e addestrato* a relazionarsi con tante persone diverse con bisogni eterogenei in rapida successione.

Durante il turno telefonico della durata di 4 ore, le richieste di ascolto erano eterogenee e l'operatore doveva essere pronto ad accogliere e interfacciarsi con *target* di età diverse, bisogni e sintomatologia vari. Con la necessità, ad ogni telefonata, di trovare la strategia giusta per creare alleanza, condividere il bisogno, raccogliere i dati per un rapido *triage*, contenere e ridare un significato al condiviso ed eventuali ipotesi di auto-contenimento per l'utente;

✓ *Saper usare la comunicazione para-verbale e verbale*: avere la disposizione ad ascoltare, ad essere presenti, con tutti i nostri sensi (Bion 2005), al fine di realizzare un ascolto in grado di poter avviare un processo elaborativo capace di cambiamento. Nel caso della pandemia, è stata fondamentale la consapevolezza che si stava condividendo un momento difficile per entrambi, utente e psicologo delle emergenze, con la capacità di quest'ultimo di differenziare il proprio vissuto da quello dell'altro;

✓ *Restare sull'hic et nunc* esplorando in profondità i vissuti della persona e la sua storia, ma stando attenti a rimanere il più possibile nel *qui e ora*, accogliendo il suo racconto e aiutandola ad individuare le risorse cui fare riferimento, anche attraverso strategie di "psicoeducazione" che promuovevano distensione e benessere. Questo aspetto era ancora più delicato e cruciale negli interventi telefonici, che richiedevano tatto e calma nella loro tempestività, promuovendo simultaneamente all'interno della relazione processi di *appartenenza e separazione*, in un arco temporale limitato, e facendo attenzione a non attivare transfert troppo intensi o ad ingenerare aspettative che non era possibile soddisfare.

✓ *Sentire e far sentire che c'era un gruppo*, un'organizzazione dall'altra parte del telefono che si era attivata per offrire un sostegno. Far sentire all'utente che non era solo, lontano dai propri cari. Lo psicologo diventava *garante*, di sicurezza fisica ed emotiva. Spesso la persona in emergenza smetteva di funzionare per sé e per gli altri e la figura di un soccorritore esperto funzionava da "garante" dei suoi bisogni pri-

mari e secondari. Così come afferma Kaes (1994 p. 159), fondamentale è la *funzione metapsichica del garante*, come organizzatore dei processi e delle formazioni intrapsichiche. La funzione del garante rende possibile la realizzazione di processi psichici individuali, assicurando continuità della realtà psichica comune e condivisa fra i soggetti di un insieme plurisoggettivo;

✓ *Acquisire una “ritualizzazione”* dei momenti da tenere a mente e mettere in atto, anche se non in maniera pedissequa: l’apertura (con un movimento di *joining* che facilitasse l’aggancio dell’utente, la fiducia, l’alleanza); l’accoglienza-esplorazione-comprensione-legittimazione dei temi che la persona portava, sempre con l’attenzione al cucire l’alleanza con l’utente; eventuali suggerimenti di “psicoeducazione” e/o risposte di aiuto in merito alle tematiche espresse; l’esplorazione e “restituzione” delle risorse; l’eventuale suggerimento di invio al secondo livello (psicoterapeuti) e/o ai servizi territoriali; la gestione della separazione/chiusura della telefonata.

La telefonata che presentiamo di seguito sintetizza bene alcuni degli elementi prima descritti³⁷:

L’utente è un medico. *La gente pensava fosse uno scherzo. Dobbiamo scegliere in pochi secondi chi puoi salvare e chi no. Vedevo il terrore nei loro occhi, nell’intubarli. Ho visto morire, vecchi e giovani. Ho maledetto il giorno in cui ho deciso di fare medicina. L’ho accompagnato verso un punto di vista diverso: Cosa sarebbe accaduto se lei non avesse fatto il medico? Ha perso dei pazienti, è un dato reale, Ha gestito una situazione terribile, ma quelli che ha salvato, hanno riabbracciato la loro famiglia. Il suo ruolo per molti è stato una “benedizione”.* La paura, l’impotenza, la rabbia lasciano spazio al dolore della persona. L’utente riferisce di volere uno “stacco” dal lavoro, passando dalla “resa” alla consapevolezza del limite, che si può perdere e diventare potenzialmente dannoso per il paziente. Valorizziamo questa capacità di resilienza.

³⁷ La telefonata è riferita in prima persona dalla psicologa delle emergenze che l’ha condotta, Francesca Ferneti.

A volte vi è stato un uso incongruo del servizio (richieste incoerenti, aggressioni verbali, attacchi paranoici o indiscriminati, molestie). Nelle ultime settimane del servizio, ci sono state chiamate di pazienti psichiatrici particolarmente fragili, soli, con meno possibilità di essere seguiti dai servizi territoriali. L'*équipe* del servizio telefonico ha riflettuto sulla funzione che stava svolgendo (vicariante?), confrontandosi sulle migliori modalità emotive e strategiche per rispondere senza reagire, senza sentirsi provocati, senza alimentare consapevolmente vissuti di rabbia o frustrazione negli utenti. L'*équipe* ha sempre cercato di mantenere la "giusta" distanza, facendo appello alla "funzione" rappresentata, anche come facenti parte del sistema di cura, e diretta emanazione di un servizio governativo (dunque un "bersaglio" per sfogare mesi di frustrazione, sofferenza e stress contro le istituzioni). È stata adottata una prospettiva di maggiore difesa e rigidità per quanto riguardava, invece, le chiamate a sfondo sessuale.

B. INSIEME: DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO DI SOCCORSO PSICOLOGICO

La percezione emotiva dell'emergenza e la sintomatologia è cambiata nelle varie fasi: Inizialmente, vi è stata una richiesta di supporto psicologico relativo alla paura di essere contagiati o di contagiare, con stati di ansia e depressivi accentuati e comportamenti compulsivi legati alla pulizia del corpo e della casa, con ricerca compulsiva di notizie, dai social e dai telegiornali, per assicurarsi dalla confusione e smarrimento. Dalla seconda metà di marzo 2020, c'è stato maggior afflusso di utenza psichiatrica, con comportamenti compulsivi di richiesta di aiuto. Sono giunte più chiamate di ragazzi e giovani adulti, con sintomi come autolesionismo, preoccupazioni economiche, pensieri suicidi, vergogna, uso di alcol (soprattutto fra i maschi) e sofferenza per l'isolamento dai propri cari.

Analisi dei dati del numero verde dal periodo del 9 marzo 2020 al 9 aprile 2020.

Le richieste di supporto ricevuto durante il Numero Verde del Centro Alfredo Rampi, nel periodo dal 9 marzo 2020 al 9 aprile 2020 sono state in totale 200. Solo alcuni contatti sono stati esaminati in questa

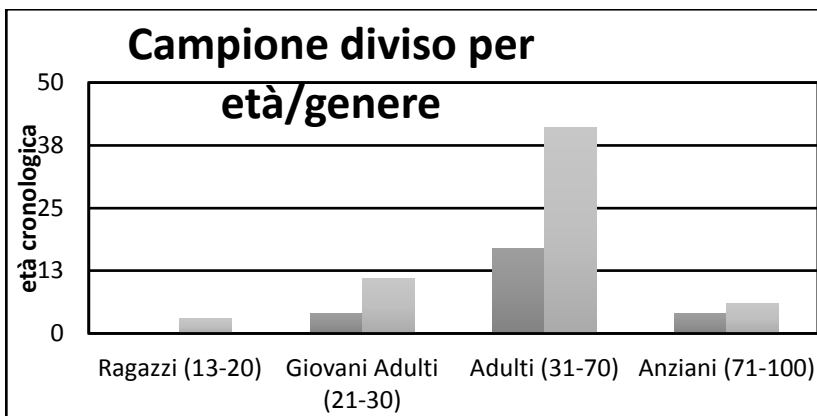
ricerca, in quanto significativi rispetto ad una richiesta prettamente psicologica. Di questi contatti sono stati esaminati 108 schede, fra chiamate e *chat*. Nello specifico 81 schede relative a telefonate, e 27 schede relative a *chat*.

Le chiamate e le *chat* raggiunsero tutte le fasce di popolazione, e sono state diversificate sia rispetto alla sintomatologia, sia alle richieste che andavano dall'aiuto psicologico, alla richiesta di informazioni pratiche come numeri verdi per vari servizi. In molti casi le chiamate al numero verde sono arrivate quasi al finire dell'orario di chiamata, e sembrerebbe che le motivazioni dipendessero dalla vergogna, e dalla paura e dal timore di chiamare, perchè in difficoltà a chiedere aiuto. Nella *chat* è stata riscontrata una maggiore difficoltà a fornire dati personali, come nome, età, e maggiore resistenza ad aprirsi. Diversamente è avvenuto nelle chiamate, in cui la persona, anche se inizialmente chiedeva informazioni pratiche, o esprimeva preoccupazione e paura per i propri cari, o esprimeva richieste per un'altra persona, durante la chiamata si lasciava andare ed esprimeva anche il proprio malessere, e in molti casi chiedeva aiuto psicologico, anche ulteriore alla chiamata, accettando spesso la proposta dell'operatore dei colloqui di supporto psicologico via *Skype*.

La differenza fra *chat* e chiamate al telefono: nelle *chat* erano maggiori le richieste da parte dei cittadini di informazioni pratiche e di supporto psicologico, la maggior parte erano giovani adulti e adulti. Nessun anziano, in quanto sprovvisto di supporto tecnologico in entrambi i casi. Gli invianti nella maggior parte dei casi erano le ASL, i numeri verdi regionali, gli amici, i *social*, gli operatori sanitari, le strutture sanitarie territoriali, la Regione Lazio, gli psicologi del territorio. La cittadinanza che si è rivolta al numero verde è stata di varia provenienza, fra l'Italia e l'Europa, fondamentali sono state le competenze transculturali degli operatori coinvolti, oltre alla preparazione in psicologica dell'emergenza.

Le Regioni di provenienza: i contatti sono giunti da vari paesi Europei (soprattutto Francia), e da varie regioni italiane (soprattutto Lazio).

Genere-età: hanno chiamato maggiormente le femmine (78), rispetto ai maschi (30). Suddividendo per fasce di età, hanno chiamato maggiormente adulti, sia maschi che femmine, fra i 30 e i 70 anni, anche in questa fascia prevalentemente femmine. Nella popolazione maschile, hanno chiamato maggiormente adulti, anziani.



³⁸ (nota)

Graf. 1 - Richieste arrivate al N° verde sull'intero Campione, diviso età-genere

Analisi della sintomatologia e delle richieste divisa per fasce d'età e genere

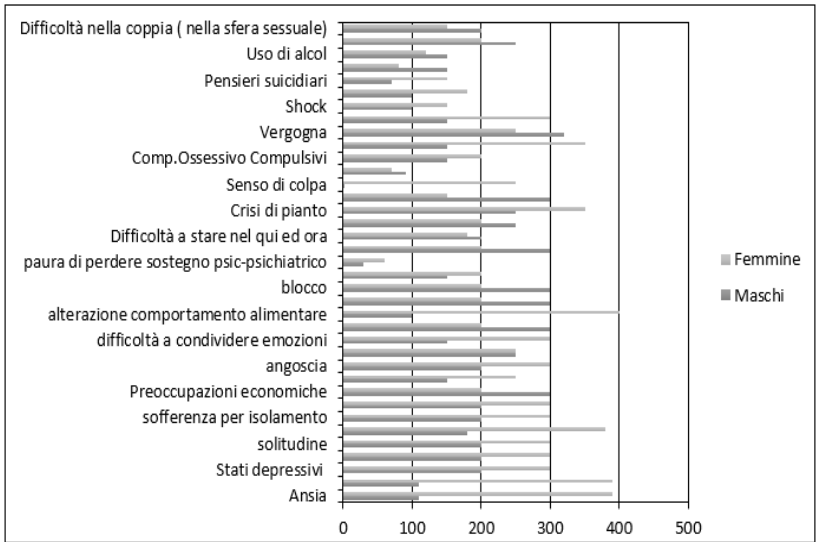
Sintomi

Fra i sintomi sono stati registrati: ansia, stati depressivi, pensieri di morte, panico, isolamento sociale, paura di morire, paura di contagio per COVID-19, isolamento sociale, preoccupazione per sé e per i propri cari, paura di essere contagiati, comportamenti ossessivo compulsivi, disturbi somatici, difficoltà ad addormentarsi, crisi di pianto, vergogna, blocco, stress, e dipendenza da sostanze, preoccupazione per i figli rispetto a manifestazione sintomatiche di tipo psico-fisico, noia.

Per la maggior parte del campione, la sintomatologia si era aggravata in conseguenza all'emergenza, con una cura farmacologica già in corso, e la maggior parte con una sintomatologia pregressa, ed un disturbo di personalità e/o psichiatrico. Per tutti la paura di contagio e di morte, aumenta se un proprio familiare è un operatore sanitario del soccorso come medico e/o infermiere. Nella maggior parte dei casi, negli adulti e negli anziani, la prima richiesta è per preoccupazione per i cari, solo durante la chiamata emergono bisogni per sé. Chi aveva già sintomatologie pregresse percepiva un aggravarsi dei propri sin-

³⁸ I dati sono stati raccolti ed elaborati da Giulia Chiacchierini e Rita Di Iorio.

tomi, si riscontravano anche cure farmacologiche pregresse, con anti-depressivi, ansiolitici, e calmanti, farmaci per l’insonnia. Fra gli adulti c’era maggiore vergogna rispetto ai giovani adulti e anziani di chiedere aiuto psicologico, soprattutto legato a non potersi ricavare uno spazio privato in casa per sé, lontano dagli altri che possano ascoltare e/o giudicare.



Graf. 2 - La sintomatologia su tutta la popolazione divisa fra maschi e femmine

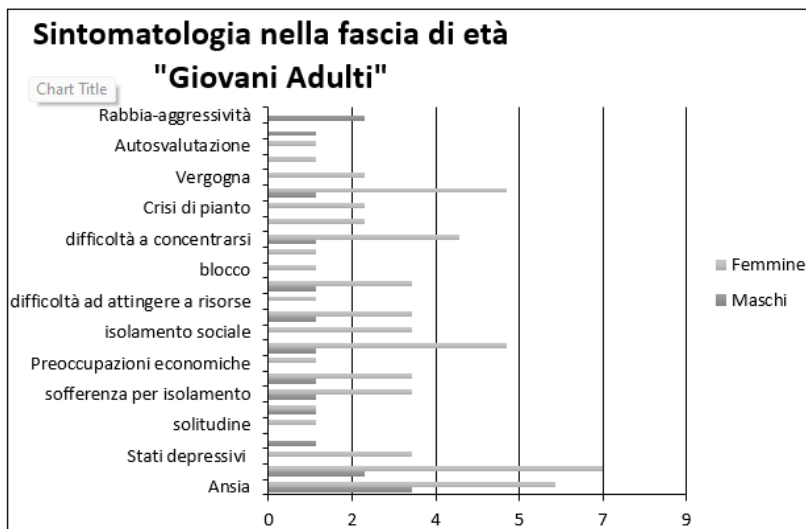
Osservazioni significative a livello temporale rispetto alle richieste e alla sintomatologia riscontrata

Da fine marzo 2020 sono aumentate le richieste di soccorso psicologico, ed in particolare sono stati riscontrati sintomi e difficoltà non emerse prima, come autolesionismo, preoccupazioni economiche, pensieri suicidari, vergogna, uso di alcol (soprattutto fra i maschi), aumenta anche la sofferenza dovuta all’isolamento dai propri cari (amici, parenti e partner). Restano costanti le sintomatologie legate all’ansia, stati depressivi, paura e pensieri di morte e di contagio, relativi a sé e ai propri cari. Da metà marzo in poi il campione accoglie

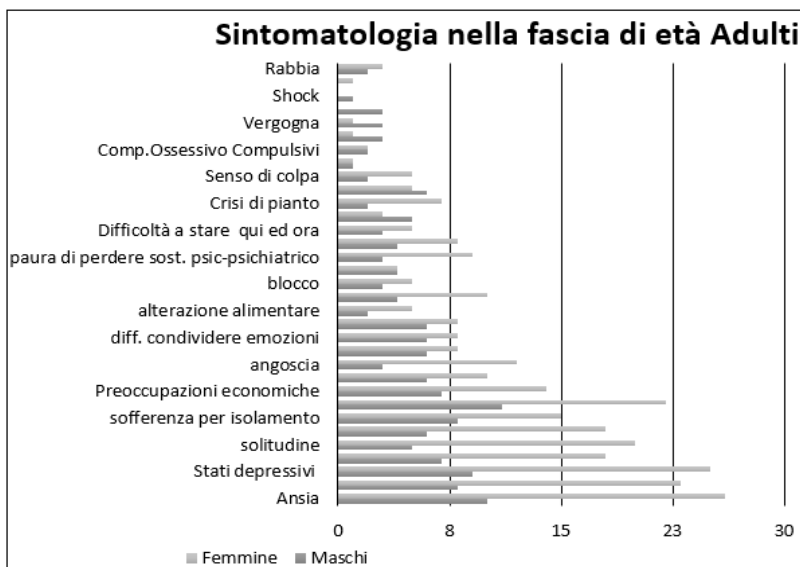
utenza anche fra i più giovani, ragazzi e giovani adulti, rispetto all'inizio del servizio in cui erano pochi i giovani adulti, e nessun contatto fra i ragazzi. Da metà marzo in poi c'è stato un afflusso maggiore di utenza psichiatrica che ricorrevano al soccorso psicologico, anche con comportamenti compulsivi di richiesta di aiuto (con numerosi contatti ripetuti sia al telefono sia alla *chat* del numero verde). Da metà marzo a inizi di aprile sono aumentati i contatti dell'utenza che presentava una sintomatologia pregressa, rispetto all'emergenza COVID-19, che ha percepito acutizzarsi inseguito ad essa. Dagli inizi di aprile sono aumentate le chiamate da persone di genere maschile, soprattutto adulti e giovani adulti. Aumentano sintomi relazionali, legati alla separazione dai propri cari, partner o familiari, i sintomi riguardano spesso la coppia, come gelosie, sofferenza per il distanziamento dal partner, difficoltà nella convivenza familiare, pensieri negativi, difficoltà e paura per il futuro (soprattutto in ambito economico), aggressività e rabbia, impotenza e disturbi psico-somatici. Aumentano anche il numero di chiamate di persone che chiamano per supporto di un familiare, chiamano per un genitore, partner o figlio. Nei casi in cui *chiami un genitore preoccupato per i figli*, nella maggior parte dei casi sono *piccoli*, con sintomi regressivi, come richiedere di tornare nel letto dei genitori, enuresi notturna, difficoltà nel linguaggio, scoppi di rabbia e aggressività verso sé e il genitore, nel caso in cui si tratti di un figlio *adolescente o ragazzo*, i sintomi riportati sono stati depressivi, rabbia, aggressività, ansia. Nel caso in cui chiami *un coniuge* le difficoltà sono legate alla convivenza familiare, alla difficoltà di concentrazione nel lavoro, a recuperare spazi personali, e difficoltà nell'intimità con il proprio coniuge.

Sintomatologia differenziata per fasce di età del campione

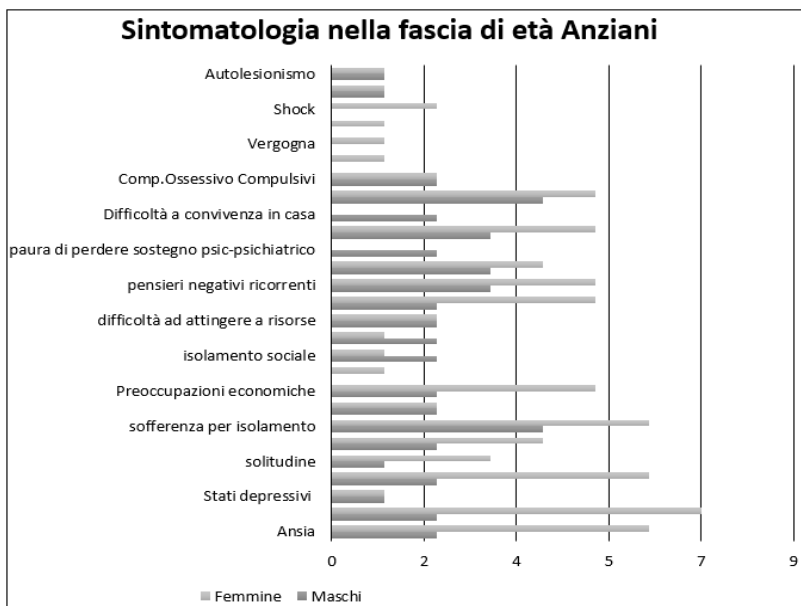
Fra la popolazione dei *Ragazzi*, ci sono state chiamate di ragazze chiedevano un supporto psicologico per la paura di contagio per sé e per i propri cari, panico, difficoltà a concentrarsi in attività di studio, isolamento sociale, difficoltà di convivenza con i propri familiari, stati depressivi, solitudine, alterazione del comportamento alimentare (inappetenza, vomito, *binging*), sofferenza per la distanza e per l'isolamento dai parenti, amici e fidanzati)



Graf. 3 - Sintomatologia nella fascia di età "Giovani Adulti"



Graf.4 -Sintomatologia nella fascia di età Adulti



Graf. 5 Sintomatologia nella fascia di età Anziani

Intervento di soccorso psicologico del Centro Alfredo Rampi al numero verde del Ministero della Salute

Il Centro Alfredo Rampi, per sessantadue giorni, ha prestato supporto psicologico alla popolazione, all'interno del Numero Verde attivato dal Ministero della Salute per la popolazione italiana. L'intervento a distanza ha garantito uno "spazio sicuro" di ascolto e accoglienza, in collaborazione con le altre tre Associazioni di psicologia dell'emergenza, attive sul territorio Nazionale.

La nostra Associazione di volontariato è intervenuta su attivazione del Dipartimento di Protezione Civile del quale fa parte, che ha prestato le sue forze al Ministero della Salute. Ha collaborato sia al nostro interno che con lo staff del Ministero, con una stretta comunicazione giornaliera, in briefing settimanali ed incontri con le Società Scientifiche della seconda linea. La nostra organizzazione ha garantito una supervisione continuativa ai propri volontari, in tutto il servizio, e

nelle situazioni ad alta complessità, fin dai primi giorni. Oltre il supporto *live* ha organizzato incontri di *debriefing emotivo* e supervisioni psicodinamiche. I professionisti del Centro Alfredo Rampi hanno fatto parte del primo livello di soccorso, garantendo massima tutela e sicurezza delle persone, anche di fronte ai propositi di tipo anticonservativo. In questi casi, è stata attivata immediatamente una rete di supporto con i Servizi territoriali (disponendo della sua mappatura aggiornata), il soccorso sanitario d'urgenza e le Forze dell'Ordine e, dove è stato possibile, i familiari, contemporaneamente al supporto telefonico con la persona.

Per ogni utente era previsto un tempo di circa venti minuti. Solo venti minuti per fare un'esperienza emotiva intensa, per creare un rapporto di fiducia ed empatia, per condividere il dolore, fare un *triage* e riuscire a porre le basi affinché l'utente potesse attivare le proprie strategie di autoproduzione e *coping*. Non è stato facile per gli operatori affrontare tante situazioni individuali in successione rapida, in un contesto generale di trauma collettivo in piena emergenza. Non è stato semplice riuscire a differenziare fra trauma attuale e trauma eventualmente legato al passato degli utenti o affrontare le ansie e lo stress (traumi da malattia legati al COVID-19), il lutto, la solitudine e l'angoscia di separazione improvvisa da persone care. È stato fondamentale per i soccorritori sentire il proprio gruppo, con il quale condividere un linguaggio comune, le tecniche, l'esperienza dell'esercitazione collettiva, all'interno dei momenti di *defusing* e *debriefing*, offerti dai supervisori dell'associazione. Lo psicologo opera un'analisi, utilizzando tecniche psicologiche multiple: fare un rapido *triage*; gestire l'angoscia acuta e crisi di panico; attivare la propria capacità di stare con la rabbia e il dolore dell'altro, nel momento di massima espressione. Lo vediamo nell'esempio che segue ³⁹:

Utente: *Ho cercato di non mollare, voglio farla finita. Sono solo, ho 50 anni e senza lavoro.*

Psicologo: *Capisco, è un periodo difficile, posso immaginare il suo stato d'animo. In casa è solo lei con sua moglie o avete anche dei figli?*

³⁹ La telefonata è riferita in prima persona dalla psicologa delle emergenze Maria Grazia Torrente che l'ha condotta.

L'utente parla delle figlie, è felice nel saperle realizzate. Avverto una apertura e riesco a farmi dare indirizzo e n° della moglie, chiedo il consenso per chiamarla. Contatto le Forze dell'Ordine, che si recheranno dalla moglie. Nello stesso tempo, continuo la telefonata, esplicito l'emozione che mi è arrivata quando parla delle figlie.

Utente: sono fiero di loro. Sono riuscito a farle studiare, dopo tanti sacrifici. Grazie per avermi compreso, non mi ha mai giudicato. Avevo bisogno di parlare con qualcuno e lei mi ha aiutato a riflettere su quello che ho costruito con le mie forze. Grazie ancora.

In questo breve estratto, si può osservare come l'utente, che manifestava idee suicidarie, abbia potuto desistere dall'intenzione, grazie all'ascolto empatico offerto dall'operatrice, accogliendo il suo disagio, è riuscita a fronteggiare la situazione, non negare il dolore dell'utente, comprenderlo e offrirgli una visione diversa, attraverso le proprie risorse.

Considerazioni generali sulla casistica del Numero Verde del Centro Rampi

A distanza di 10 mesi ci si è soffermato sulla comparazione e sull'osservazione clinica degli elementi emersi dall'analisi dei dati raccolti dal numero verde, gestito dal Centro Alfredo Rampi, dal 09 marzo al 22 maggio 2020.

Abbiamo osservato variazioni legate al numero di richieste ricevute, al genere e all'età degli utenti, alla tipologia delle richieste, alla sintomatologia riportata, in relazione all'evoluzione temporale dell'Emergenza COVID-19 in quel periodo. L'ipotesi di partenza è stata che la domanda di aiuto abbia subito modificazioni in relazione all'andamento dell'evento emergenziale e al perdurare della situazione traumatica.

Partendo da tale arco temporale, si sono analizzate le oscillazioni e il comportamento di una serie di variabili sul totale delle richieste ricevute dal 09/03 al 22/05/2020. Nel periodo preso in considerazione, sono pervenute 160 richieste. Il 78% sul totale di tali richieste riguarda il genere femminile, mentre il restante 22% quello maschile. Si è rilevato, quindi,

una maggiore predisposizione della fascia femminile a contattare e chiedere aiuto in situazioni di disagio psichico.

In particolare, la più alta percentuale di richieste, corrispondente al 25%, proviene da un'utenza di genere femminile, nel periodo tra l'11 e il 26/04, in cui si colloca la seconda proroga delle restrizioni. Il dato più interessante, tuttavia, risulta essere quel 15% di richieste in cui il soggetto non ha dichiarato la propria età.

Una percentuale così elevata di omissione di caratteristiche descrittive di sé, inerenti la dimensione della temporalità e della propria identità, può far riflettere sul livello di sovraccarico di stress e sollecitazioni emotive, di perdita del contatto con i riferimenti identitari e di depauperamento delle risorse di resilienza.

Dall'analisi degli elementi emersi, si evince che la maggior parte delle persone ha scelto di contattare il Servizio telefonicamente, vale a dire il 68%, mentre il 32% ha contattato il Servizio tramite chat. Le persone comprese nella fascia d'età tra 71 e 100 anni si sono avvalse esclusivamente della comunicazione orale nella relazione con l'operatore, mentre le persone appartenenti alla fascia d'età non dichiarata utilizzano prevalentemente la chat. Tale informazione ha mostrato che per la popolazione più anziana il contatto vocale telefonico è risultato più accessibile e preferito, dal momento che prevarrebbe un bisogno di contatto umano maggiore, che passa anche per la voce dell'operatore; nel contesto di una comunicazione scritta, gli elementi sulla presentazione personale sembrano diventare superflui, sorpassati da un maggiore bisogno di mantenere il controllo sulla situazione.

Si è rilevato una reazione di smarrimento iniziale, per la quale le persone hanno faticato a contattare i propri vissuti emotivi e si sono attestate prevalentemente su un bisogno di orientamento a livello cognitivo, per cui hanno richiesto prevalentemente informazioni (legate a regole di comportamento). Successivamente il rapporto tra la tipologia di richiesta di supporto e di informazioni ha ripreso il trend iniziale, mantenendosi stabile e costante fino al periodo dall'11 al 26/04, dove si è avuto un calo della tipologia di richiesta di supporto e di informazioni e sia registrato un'inversione di trend da negativo a positivo della tipologia di richiesta non rilevata. Tale inversione ha coinciso con l'istituzione del Numero Verde per il Supporto Psicologico, offerto dal Ministero della Salute, al quale ha partecipato anche il Centro Alfredo Rampi, per cui sono diminuite le richieste e la definizione della tipologia.

Nei giorni 14 e 15/04 si è verificato il maggior picco di richieste. Il dato appare particolarmente interessante, se si tiene conto del fatto che il 10/04 ci fu la proroga di tutte le misure restrittive valide fino a quel momento. Considerando, inoltre, il consueto tardo orario nella proclamazione dei decreti, l'inattività del Servizio nel fine settimana e la coincidenza con le festività pasquali, probabilmente si è verificato un sovraccarico di sintomi legati all'ansia e un maggiore bisogno di supporto e contenimento nella popolazione, già provata dal Lockdown.

Si è osservato un primo aumento della media, dall'iniziale 1,08 del periodo dal 09 al 18/03, al 4,5 per il periodo dal 19 al 20/03 che può essere riconducibile al forte impatto emotivo suscitato nella popolazione dalle immagini dei mezzi militari in marcia con i feretri dei deceduti per COVID-19, diffuse il 18/03 dai notiziari e dal web. Tali immagini probabilmente hanno scaturito una maggiore presa di coscienza della popolazione rispetto alla gravità della situazione sanitaria nazionale e al rischio concreto di morte.

È seguito ancora un aumento della media delle richieste nel periodo successivo, dal 21 al 24 marzo in concomitanza con l'inizio delle misure restrittive governative del DPCM del 20/03. Il clima di grande incertezza è sembrato collidere con la sempre maggiore consapevolezza del rischio di contagio e che il vissuto di limite e di costrizione, assolutamente permeato dalla realtà della morte. I dati sembrano possono far ipotizzare il riattualizzarsi di una paura profonda della caducità e della fragilità della vita umana, aumentando le richieste di sostegno psicologico.

Si è riscontrata una media significativa delle richieste di 4,3 anche nel periodo dal 29/03 al 01/04. Riflettendo sull'andamento di tale bisogno, in relazione al concreto aumento dei contagi, nel corso dell'Emergenza Sanitaria, si può avanzare l'ipotesi che l'interazione tra l'effrazione del vissuto emotivo, legato al rischio reale della morte, e le sempre maggiori restrizioni della vita sociale e affettiva abbiano acuito il senso di solitudine, paura e smarrimento nella popolazione, portando a un uso più o meno graduale e costante del Servizio di Supporto Psicologico offerto.

Particolarmente interessante appare la riduzione della media delle richieste giornaliere nel periodo strettamente legato all'indizione delle *Zone Rosse* e alla chiusura delle imprese (dal 25 al 28/03). Si potrebbe supporre che la popolazione si sia sentita colpita nei suoi aspetti più vitali e produttivi e che ciò abbia generato una reazione di "congelamento" collegata a un profondo senso di impotenza, percepita di fronte al pericolo

vissuto.

Il calo della media delle richieste nel periodo dal 27/04 al 07/05, come anticipato, ha coinciso con l'attivazione, in data 27/04/2020, del Numero Verde di Supporto Psicologico, a cura del Ministero della Salute e della Protezione Civile, maggiormente pubblicizzato a livello nazionale.

Nel periodo dal 02 al 06/04 si è registrato un incremento dei sintomi legati all'ansia, psicosomatici (con un aumento dei disturbi del sonno), al senso identitario (con una maggiore difficoltà a stare nel qui e ora e sentimenti di rabbia), e un graduale aumento dei sintomi relazionali (con un maggiore disagio dovuto all'isolamento sociale, difficoltà di convivenza con familiare e di coppia) e paranoici e deliranti (pensieri paranoici e sentimenti di gelosia), che raggiunge il picco nel periodo dal 07 al 10/04, parallelamente al decremento dei sintomi d'ansia e psicosomatici.

Nel periodo dall'11 al 26/04 si è registrato una netta prevalenza della media di richieste giornaliere da parte del genere femminile, con un picco del 32% e un significativo incremento dei sintomi legati all'ansia che fanno ipotizzare un maggiore coinvolgimento femminile nella risposta allo stress in questo periodo, in ragione delle numerose problematiche di gestione del ménage familiare e dei figli, conseguenti a un'ulteriore proroga delle restrizioni e al prolungarsi della didattica a distanza. I registrati sembrano evidenziare che le reazioni emotive dei due generi agli eventi significativi siano stati abbastanza simili, ma espresse in tempi differiti. In generale i quadri sintomatologici riportati prevalentemente dalla popolazione di riferimento riguardano principalmente i sintomi legati all'ansia, a cui seguono quelli depressivi e i relazionali.

È interessante notare che le curve sintomatologiche partano da una fase di crescita, per poi raggiungere dei picchi nei periodi dal 21/03 al 24/03 e dal 02/04 al 06/04, fino a decrescere nel periodo dall'08/05 al 22/05. La curva sintomatologica dell'ansia è quella che presenta la crescita maggiore in relazione ai differenti periodi, con un picco anche tra il 19/03 e il 20/03, mentre le altre curve decrescono, a eccezione di quella che raggruppa i sintomi psicosomatici. I sintomi ansiosi e quelli psicosomatici si caratterizzano per un immediato impatto corporeo e il periodo in questione è quello contrassegnato da un contatto visivo traumatico inedito e fino ad allora forse solo immaginato, come quello della visione dei mezzi dell'esercito in fila per il trasporto delle salme.

In generale sembra che i picchi seguano un andamento collegato all'aumento e al perdurare delle misure restrittive, espressione tangibile

di una realtà pandemica significativa, in cui le reazioni sintomatologiche, di ansia in primo luogo, insieme alle altre, rappresentano un corrispettivo psichico di risposta alla situazione traumatica, nel tentativo di ripristinare un equilibrio. In questo si può ipotizzare che l'offerta di uno spazio di accoglienza e ascolto delle ansie, paure e angosce suscitate da una situazione traumatica abbia rappresentato una risposta necessaria per contenere il disagio psichico, facendo da cuscinetto a evoluzioni psicopatologiche più stabili e invalidanti.

Il Servizio di Supporto Psicologico, attivato dal Centro Alfredo Rampi ETS ha svolto un'importante funzione di "garante" sociale, assolvendo al compito di accoglimento dell'esperienza di rottura emotiva e contenimento dei vissuti traumatici e permettendo all'individuo e alla collettività di accedere a una possibile futura elaborazione dell'esperienza traumatica.⁴⁰

C. INTERVENTO AL NUMERO VERDE DEL MINISTERO DELLA SALUTE ⁴¹

L'équipe del Centro Alfredo Rampi, intervenuta nell'emergenza COVID-19, era composta da 45 operatori volontari, Psicologi e Psicoterapeuti esperti in Psicologia delle Emergenze, che hanno coperto 474 turni, per un totale di 1814 ore complessive *front line* di ascolto telefonico, rispondendo a 1870 telefonate (più di 30 al giorno). La copertura prevedeva quattro moduli giornalieri di quattro ore dalle 8 alle 24, sette giorni su sette, dal 29 aprile al 28 giugno 2020. In rapporto alle telefonate ricevute, sono state compilate e inviate al Ministero della Salute 1643 schede, che hanno coinvolto 1619 Utenti.

Gli Utenti sono venuti a conoscenza del Numero Verde attraverso mezzi differenti: tramite telegiornali, pubblicità televisive, social, radio, giornali, siti governativi, tramite passaparola fra familiari, amici o colle-

⁴⁰ Le considerazioni sono state elaborate da Giulia Chiacchiarini, Patrizia Gallo, Francesca Mascio, Veronica Pasquariello, Concetta Rotondo, Eliana Tenace.

⁴¹ I dati sono stati elaborati da Rita Di Iorio e Giulia Chiacchiarini.

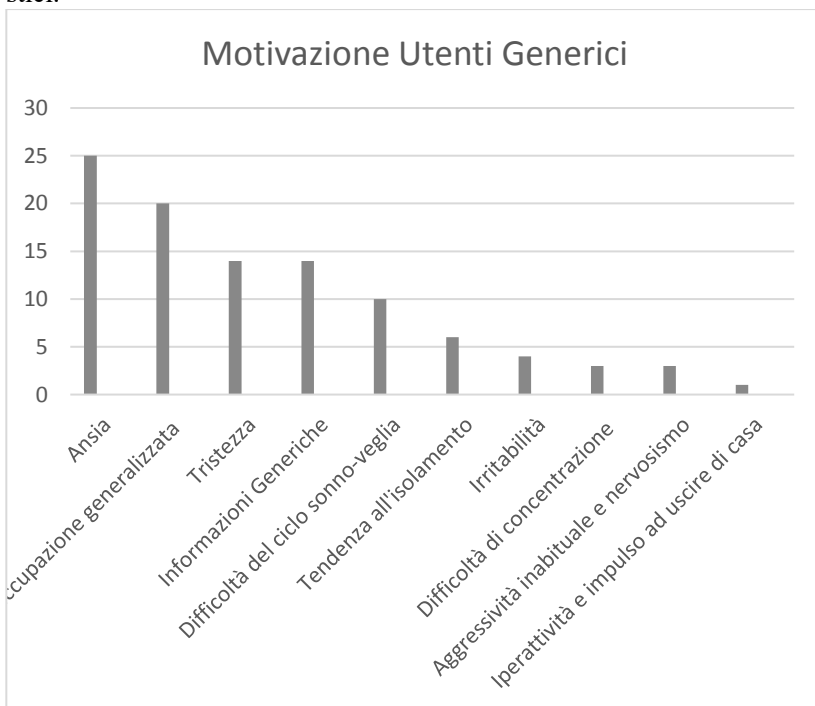
ghi, attraverso figure sanitarie (medici di base, psicologi, psichiatri o psicoterapeuti) ed il contatto con i Servizi territoriali.

Le chiamate sono giunte da varie regioni di Italia, ed alcune dall'estero, principalmente per richiedere informazioni sui possibili rimpatri durante il *lockdown* e cercare sostegno per la lontananza forzata da casa.

La maggior parte degli utenti, ben 1.267, ha chiamato il numero verde per cause emotive dovute alle restrizioni da decreto in vigore, per isolamento per le misure restrittive. Il restante degli utenti perché positivi al Covid-19, per lutti in famiglia causati dalla pandemia, convivenza con familiari contagiati.

Dati e sintomi raccolti dalle telefonate

Abbiamo diviso le Motivazioni di contatto degli utenti generici da quelle degli utenti impiegati come Sanitari o Docenti degli Istituti Scolastici.



Graf. 6 - Percentuali dei sintomi rilevati per gli utenti generici

Sono state rilavate anche:

- 189 Richieste non inerenti all'emergenza e allo scopo del Servizio;
- 141 legate a malessere pregresso;
- 121 Contatti plurimi al Servizio e utenti seriali;
- 13 Contatti che esprimevano rabbia contro il Servizio del Ministero;
- 10 telefonate di ringraziamento agli operatori per il lavoro svolto nel Servizio;
- 10 Molestie sessuali agli operatori al Numero Verde.

Le diverse fasi dell'emergenza hanno fatto nascere paure, esacerbando sintomi pregressi, e creando nuove situazioni specifiche. Sono stati riscontrati: (59) situazioni disagiati dovute alle restrizioni, legate alla cura di patologie e disturbi pregressi; (15) casi in cui, l'emergenza, ha reso impossibile stare vicino a familiari malati o moribondi, o ha impedito il regolare svolgimento dei funerali, causando sofferenza e frustrazione; (7) grande sofferenza dovuta ad un sovraccarico di lavoro e impegni; (6) difficoltà con lo *smart working*.

Le paure e le preoccupazioni specifiche per i diversi cambi di fase riguardavano:

- (40) *Paura di tornare al lavoro \ scuola, prendere i mezzi, entrare in luoghi chiusi o ritenuti fonte di contagio (es. ospedali);*
- (18) *Paura e preoccupazione per la fase 2 (per un aggravamento della situazione, ondata di ritorno);*
- (16) *Difficoltà a tornare alla normalità / a recuperare contatti con l'esterno riguardo alla fase 2.*

L'acutizzarsi o insorgere dei sintomi rilevati sono specifici di:

- *Fase di Lockdown (60);*
- *Fase 2 di riapertura (25);*
- *Acutizzarsi generico di sintomi pregressi, con regressione a stato peggiore (93).*

Durante l'emergenza è peggiorata la situazione familiare e relazionale, mettendo in luce le cattive condizioni abitative di molti cittadini. Sono state riportate:

- *Difficoltà familiari (104);*
- *Lontananza forzata dai propri cari (68);*
- *Difficoltà di coppia (43);*
- *Relazione recentemente finita, separazione recente, problemi dovuti all'isolamento (21);*
- *Difficoltà socio-economiche e condizioni di povertà (11);*
- *Situazione di violenza domestica, dal partner (12);*
- *Situazione di stalking (partner / ex / altro) (2).*

Si sottolinea come il 29% degli Utenti generici (447) dichiarò di fare uso di psicofarmaci, per la maggior parte precedentemente all'emergenza.

Motivazioni e sintomi per gli Utenti Sanitari e Docenti



Graf. 7 - Motivazioni e sintomi per gli Utenti Sanitari e Docenti

Contrariamente al campione degli Utenti generici, tra i Sanitari e

Docenti, si sono rilevati solo due casi di contatti plurimi e due richieste non inerenti al Servizio. Le altre chiamate sono state pertinenti, con motivazioni dovute al COVID-19. Anche per questa tipologia di Utenti si sono registrati casi di lutto recente, inserendo anche il lutto indiretto dovuto al lavoro nei diversi reparti sanitari. Oltre alle motivazioni specifiche è stato possibile evidenziare sei dei sintomi generali e alcune delle situazioni abitative precedentemente trattate.

Anche per questa tipologia di Utenti, l'emergenza ha sollecitato preoccupazioni dovute ai passaggi di fase, acutizzando i sintomi e ha fatto sorgere nuove condizioni specifiche, come il sovraccarico, la sofferenza per la lontananza da familiari malati, moribondi o morti e difficoltà nella gestione dello smart working. Sono stati riscontrati: (59) situazioni disagiati dovute alle restrizioni, legate alla cura di patologie e disturbi pregressi; (15) casi in cui è stato impossibile stare vicino a familiari malati o moribondi, o è stato impedito il regolare svolgimento dei funerali, causando sofferenza e frustrazione; (7) hanno riportato grande sofferenza dovuta ad un sovraccarico di lavoro e impegni; (6) hanno sottolineato difficoltà con lo *smart working*.

Le paure e le preoccupazioni specifiche per i diversi cambi di fase riguardavano:

- (7) *Paura di tornare al lavoro \ scuola, di prendere i mezzi, di entrare in luoghi chiusi o ritenuti fonte di contagio (ospedali);*
- (3) *Paura e preoccupazione per la fase 2 (per un possibile aggravamento della situazione, per un'ondata di ritorno);*
- (1) *Difficoltà a tornare alla normalità, a recuperare contatti con l'esterno riguardo alla fase 2.*

L'acutizzarsi o insorgere dei sintomi rilevati sono specifici di:

- *Fase di Lockdown (5);*
- *Fase 2 di riapertura (3);*
- *Acutizzarsi generico di sintomi pregressi all'emergenza / regressione a stato peggiore (4).*

Le nuove situazioni specifiche a causa dell'emergenza sono state legate a: (2) Sensazione di non poter affrontare tutto il carico di pensieri e lavoro in più dovuto alla pandemia (iperlavoro, famiglia, restrizioni); (1) Sofferenza causata dalla lontananza da familiari malati o moribondi / per non poter svolgere funerali; (1) Difficoltà nella gestione dello smart working.

Possiamo notare, come la percentuale di uso di psicofarmaci sia simile per gli Utenti Sanitari e Docenti rispetto a quelli Generici: il 23% (14 persone) dichiara di farne un uso precedente all'emergenza.

Conclusioni

Riteniamo importante valorizzare lo specifico contributo dello psicologo dell'emergenza e differenziarlo, come è stato evidente in questa emergenza, da quello degli psicologi con altre specializzazioni. Ci sembra fondamentale realizzare linee d'indirizzo che orientino in questo senso i futuri interventi, continuando ad appoggiarsi alle associazioni riconosciute dal Dipartimento di Protezione Civile.

Gli Psicologi delle Emergenze del Centro Alfredo Rampi ringraziano il Dipartimento di Protezione Civile e il Ministero della Salute per aver riconosciuto l'importanza di un sostegno psicologico immediato alla popolazione, colpita da una emergenza sanitaria. Si ringraziano, altresì, i colleghi del Ministero con i quali si è svolto un lavoro di squadra armonioso e collaborativo, così come i colleghi delle altre tre Associazioni di psicologi dell'emergenza con i quali è in attivo una collaborazione pluriennale.

BIBLIOGRAFIA

- BION W.R. (2005). *Seminari Tavistock*, Borla, 2007, Roma.
- BIONDO D. (2018). *Soccorritori, vittime e terapeuti* in DI IORIO R., GIANNI A. M. *Stare con il dolore in emergenza*. FrancoAngeli.
- DI IORIO R., BIONDO D. (2009a). *Sopravvivere alle Emergenze. Gestire i sentimenti negativi legati alle catastrofi ambientali e civili*, Edizioni Magi, Roma.
- DI IORIO R., BIONDO D. (2009b). Psicologia in tenda. Il soccorso psicologico ai terremotati, *Psicologia contemporanea*, nov-dic., N. 216.
- DI IORIO R., BIONDO D. (2011). *Psicosoccorso. Dall'incidente stradale al terremoto*. Edizioni Magi.
- GRANO M. (2019). *La comunicazione in emergenza*, Corso Internazionale di Alta Formazione in Psicologia delle Emergenze, Roma;

SITOGRAFIA

www.centrorampi.it;

<https://www.conoscoimparoprevengo.org/>

<https://bambinioltreemergenza.centrorampi.it>

9. LA PSICOANALISI NEL TRAUMA E NELL'EMERGENZA COVID-19: INTERVENTI NELLA PRIMA E NELLA SECONDA LINEA

Daniele Biondo, Rita Di Iorio, Stefano Monetti, Nadia Maria Peron, Renata Rizzitelli, Daniela Scotto di Fasano

A. DUE SETTING A CONFRONTO: LA PRIMA E LA SECONDA LINEA

È intenzione di questo lavoro, che trova fra i suoi Autori operatori dell'intervento della prima linea, psicologi dell'emergenza (Centro Alfredo Rampi ETS) e della seconda linea, psicoterapeuti (SPI, SIPP)⁴², proporre una riflessione sulle similitudini e sulle differenze fra questi due interventi di soccorso psicologico attivati nell'emergenza pandemica della primavera del 2020. Il numero verde messo a disposizione dal Ministero della Salute ha visto per la prima linea, gestita dagli psicologi dell'emergenza, un'organizzazione completamente diversa da quella utilizzata per la seconda linea, gestita dalle società di psicoterapia. Ad organizzazione diversa è corrisposto un orientamento metapsicologico ed epistemologico altrettanto diverso. Accanto agli elementi differenzianti i due tipi d'intervento, ci preme far emergere gli elementi comuni.

Se partiamo dal presupposto che lo psicoterapeuta psicodinamico che interveniva nella seconda linea (in questo caso psicoanalista della SPI o psicoterapeuta psicoanalitico della SIPP) aveva realizzato un lavoro su stesso, abbiamo ipotizzato che tale lavoro rappresentasse il principale requisito per intervenire con sicurezza in emergenza. Analogamente lo psicologo e lo psicoterapeuta dell'emergenza con un orientamento psicodinamico (in questo caso del Centro Alfredo Rampi) - che oltre al lavoro personale (se psicoterapeuta) aveva realizzato un lavoro gruppale sulle proprie aree traumatiche - poteva sentirsi attrezzato a sostenere le situazioni particolarmente destrutturanti con cui era confrontato durante la pandemia. Psicologo dell'emergenza ad orientamento psicodinamico e psicoterapeuta ad orientamento psicoanalitico condividevano oltre che un elemento fondamentale della loro formazione professionale, anche una

⁴² Le due linee sono state organizzate dal Ministero della Salute all'interno degli interventi di soccorso psicologico per la popolazione italiana colpita dal COVID-19 attivati con il numero verde nazionale, di cui si è già ampiamente parlato nel capitolo precedente.

teoria del trauma, della dissociazione, della relazione transfero-contro-transferale e del setting che seppur declinate in maniera diversa nei loro interventi in emergenza ha rappresentato un vertice comune che ha orientato la nostra presentazione. Ci siamo resi conto che avere un approccio simile teorico e sulla relazione d'aiuto ha orientato l'intervento di entrambi verso l'ascolto del dolore profondo e la condivisione empatica della situazione che gli utenti del servizio stavano vivendo. Inoltre, l'emergenza pandemica, avendo slatentizzato nelle vittime vecchi traumi e cicatrici, ha costretto entrambi gli operatori della prima e della seconda linea ad orientare le persone verso una presa in carico del loro antico dolore. Gli operatori di entrambe le linee hanno dovuto non solo accogliere e "trattare" nel limitato tempo a loro disposizione tali emergenze emotive, ma anche spesso accompagnare alla fruizione dei servizi della salute mentale territoriale, spesso inaccessibili anche per i loro abituali utenti.

Dover entrambi declinare l'intervento all'interno dello stesso spazio, il nuovo *Setting da Remoto* (telefonico/skype), ha fortemente condizionato la risposta. Entrambi hanno dovuto adattare a tale nuovo setting le proprie prassi operative tradizionali di aiuto e di soccorso. Il telefono comporta la capacità dell'operatore di resettarsi sull'ascolto della parola, in assenza dell'immagine dell'altro, del suo corpo e degli aspetti non verbali della comunicazione (postura, sguardi, clima emotivo dato dalla vicinanza fisica). Occorre considerare che l'unico canale comunicativo a disposizione ha permesso di valutare meglio, attraverso il tono della voce e il contenuto, lo stato emotivo dell'utente. Si è trattato per entrambi gli operatori di realizzare una particolare ginnastica, decisamente molto faticosa, inerente la capacità di focalizzare velocemente il problema e mantenere la relazione in un arco temporale limitato.

Ad uno spazio dell'ascolto simile è corrisposto un tempo diverso nei due setting. Il professionista della prima linea ha risposto all'urgenza della richiesta *subito* e *in diretta* (come solitamente avviene in emergenza), con una sola telefonata a disposizione e un'alta frequenza di chiamate. Il professionista della seconda linea, invece, rispondeva *al più presto*, richiamando al telefono il richiedente appena possibile. Ciò rappresenta un'importante differenza fra i due setting: abbiamo, infatti, rilevato che riferirsi ad una persona che dispone di un contenitore psichico attivo e funzionante, capace di proseguire l'ascolto psicologico attivato dall'operatore della prima linea, abbia rappresentato un'importante differenza rispetto a chi, a volte, era interessato a parlare *subito* con qualcuno

a causa della propria emergenza incontenibile ed esplosiva, o al contrario, richiedeva un breve intervento che poteva esaurirsi in un'unica telefonata. L'utente della prima linea accedeva al servizio perché stava vivendo una specifica situazione interna: un probabile crollo dell'Io, che lo rendeva bisognoso di una sorta di "Io ausiliario" che lo aiutasse a recuperare velocemente il controllo di se stesso e di riconquistare la capacità di regolare le proprie emozioni e i propri impulsi (Biondo 2020). Lo psicoanalista o lo psicoterapeuta della seconda linea poteva contare sulla formulazione della domanda dell'utente (realizzata con l'operatore della prima linea) e sulla collaborazione della parte più matura dell'utente stesso, in quanto capace di accettare l'invio al secondo livello, di cambiare professionista con il quale dialogare e forse più disponibile a riflettere sui propri vissuti potendo contare su un tempo più lungo (3/4 incontri).

B. L'INTERVENTO DELLA PRIMA LINEA:⁴³ STARE CON IL DOLORE

L'équipe del Centro Alfredo Rampi ETS intervenuta nell'emergenza COVID-19 era composta da 45 tra Psicologi e Psicoterapeuti esperti in Psicologia delle Emergenze, che hanno prestato servizio per 62 giorni consecutivi nella primavera del 2020. L'équipe ha coperto 474 turni per un totale di 1814 ore complessive *front line* di ascolto telefonico, rispondendo a 1870 telefonate, più di 30 al giorno. La copertura prevedeva quattro moduli giornalieri di quattro ore dalle 8 alle 24, sette giorni su sette, dal 29 aprile al 28 giugno 2020. In rapporto alle telefonate ricevute sono state compilate e inviate al Ministero della Salute 1643 schede, che hanno coinvolto 1619 Utenti. L'associazione di volontariato è intervenuta su attivazione del Dipartimento

⁴³ Questo paragrafo è stato realizzato da Rita Di Iorio, Presidente del Centro Alfredo Rampi ETS e supervisore dell'intervento nell'emergenza COVID-19 dell'associazione di volontari "Psicologi delle Emergenze Alfredo Rampi", e da Daniele Biondo, Socio Ordinario della Società Psicoanalitica Italiana e referente nazionale della SPI del servizio emergenza COVID-19, nonché supervisore dei volontari del servizio emergenza COVID-19 del Centro Alfredo Rampi ETS.

di Protezione Civile del quale fa parte, che ha prestato le sue forze al Ministero della salute. Essa ha lavorato in stretta collaborazione con lo staff del Ministero, con una stretta comunicazione giornaliera all'interno del proprio gruppo d'intervento, in briefing settimanali e, all'occorrenza, attraverso incontri con le società scientifiche della seconda linea. Il Servizio di ascolto psicologico del Centro Alfredo Rampi era indirizzato a:

1. Fornire il necessario supporto psicologico ai cittadini che durante la pandemia evidenziavano difficoltà psicologiche, emotive e relazionali, con attenzione alle aree di maggiore vulnerabilità e individuando la stretta correlazione tra aspetti individuali e sociali del problema e il suo palesarsi nella quotidianità;

2. Offrire uno spazio di ascolto competente da parte di professionisti capaci di rispondere in modo adeguato alle esigenze sanitarie dell'utenza;

3. Collaborare con gli operatori della seconda linea per l'invio dei casi che si riteneva avessero bisogno di un intervento più lungo, con i Servizi Sociosanitari Territoriali e con tutti i servizi utili (Forze dell'Ordine ecc.), da attivare in funzione dell'analisi della domanda degli utenti.

4. Inviare schede informative su ogni utente al Ministero della Salute, che dovevano rappresentare l'elemento di raccordo con gli operatori della seconda linea.

L'associazione ha garantito una supervisione continuativa ai propri volontari per tutta la durata del servizio, in particolare nelle situazioni ad alta complessità, che si sono manifestate fin dai primi giorni. Il Centro Rampi ha creato una rete di supporto interno per i propri volontari, garantendo oltre il supporto *live* (nei momenti critici in cui l'operatore lo chiedeva attraverso una chat permanente con il gruppo di colleghi e un supervisore), i necessari incontri di *debriefing emotivo* e di supervisione psicodinamica.

I professionisti del primo livello hanno garantito la massima tutela e sicurezza delle persone, anche di fronte ai propositi di tipo anticonservativo. In questi casi hanno attivato tempestivamente la rete di supporto con i Servizi territoriali (disponendo della sua mappatura aggiornata), il soccorso sanitario d'urgenza

e le Forze dell'Ordine e, naturalmente dove è stato possibile, i familiari. Il compito principale degli operatori è stato di contenere (attraverso specifiche tecniche) l'ansia e l'angoscia degli utenti quando essa era fuori controllo. Per realizzare l'analisi veloce della domanda dell'utente l'operatore ha dovuto utilizzare tecniche psicologiche multiple: fare un rapido *triage*; riuscire a gestire l'angoscia acuta e a volte la crisi di panico; attivare la propria capacità di stare con la rabbia e il dolore dell'altro nel momento in cui esse erano esplosive. L'utilizzazione di tecniche di *defusing* e *debriefing* è stata necessaria per proteggere gli operatori dall'inevitabile traumatizzazione secondaria.

L'emergenza è caratterizzata da un campo mentale specifico di tipo persecutorio, considerato che la natura o in alcuni casi gli altri esseri umani da alleati sono diventati portatori di morte e di dolore. Ciò ha riguardato anche l'intervento nella pandemia. La formazione dello psicologo dell'emergenza con un approccio psicodinamico comporta un training specifico volto a costruire un *setting interno* che lo metta in grado d'intervenire in contesti caratterizzati da un'alta concentrazione di emozioni negative: ansia, dolore, lutto, perdita, sofferenza confusione. Un setting che permette allo psicologo dell'emergenza di acquisire la capacità di *stare con il dolore dell'altro* (Di Iorio e Giannini 2018), con una rappresentazione interna che lo guida. Questo è il terreno comune che ha permesso di avviare, già in passato, proficue collaborazioni fra i professionisti delle due linee d'intervento attivate dal Ministero della salute nell'emergenza pandemica. La condivisione dell'orientamento psicodinamico e dell'uso della consultazione da remoto ha, infatti, permesso già in passato, nell'intervento per le vittime del terremoto del Centro Italia del 2016, di realizzare una proficua collaborazione fra gli Psicologi delle Emergenze del Centro Alfredo Rampi e i colleghi dei due centri di psicoanalisi della SPI presenti a Roma (CdPR e CPdR).

C. IL PONTE FRA LA PRIMA E LA SECONDA LINEA⁴⁴

“NOI SIAMO LA RESISTENZA, RAY! ...”

Dal film la guerra dei mondi:

Ogilvy: Sai chi sono quelli che ce la fanno? Quelli che tengono gli occhi aperti, che continuano a pensare. Scappare: è questo che uccide, e io voglio vivere da morire.

Dovendo coordinare il servizio emergenza COVID-19 del Centro di Psicoanalisi di Pavia, mi sono all'improvviso trovata catapultata nella giungla delle telefonate, sia del primo che del secondo livello della seconda linea. Il primo livello era un semplice passaggio di numeri telefonici, che poteva avvenire sia tramite la pubblicizzazione diretta del Centro (attraverso locandine affisse in punti nevralgici della città) sia dal contatto della segreteria della SPI. Mi occupavo personalmente di richiamare, in tempi brevissimi, i pazienti segnalati perché mi ero resa conto che, in questo modo, avrei evitato ulteriori passaggi molto affaticanti per i pazienti, cercando poi di inviarli al collega che avrebbe potuto occuparsene.

I contatti telefonici sono stati un'esperienza preziosa che mi ha dato modo di riflettere sull'importanza della “telefonata” di primo contatto fra paziente ed analista.

Il passaggio, piuttosto asettico, avveniva tramite segreteria senza creare problemi ma comunque rendendo necessario un abbinamento veloce con il collega che avrebbe potuto occuparsi dell'utente. I colloqui venivano chiesti perlopiù con urgenza, con tangibile ansia di trovare un contenitore dove riversare contenuti mentali ingestibili. Tutto ciò richiedeva tempi rapidi di comprensione e di collocazione, in altri termini “accoglimento”, quindi il riuscire ad essere pensanti pur nel caos concreto ed emotivo che la pandemia ha creato anche in noi analisti. L'essere pensanti è andato di pari passo con il funzionamento del gruppo di analisti al lavoro: la condivisione ed il confronto fra colleghi al lavoro sono stati fondamentali per mantenere viva la

⁴⁴ Questo paragrafo è stato realizzato da Renata Rizzitelli, Socio Ordinario della Società Psicoanalitica Italiana e coordinatrice dei volontari del servizio emergenza COVID-19 del Centro di Psicoanalisi di Pavia.

pensabilità di ciò che stava accadendo anche a noi in prima persona e poterci, al tempo stesso, occupare dei nostri pazienti abituali ed anche di quelli che pervenivano dal servizio emergenza, in un contesto molto diverso da quello in cui solitamente lavoriamo.

La stabilità del setting mentale e la sua conservazione e funzionalità sono stati fondamentali.

L'intimità del "parlare all'orecchio" con perfetti sconosciuti e che tali sarebbero rimasti mi ha molto colpita. L'urgenza dei pazienti, provenienti da ogni parte d'Italia, ha favorito una potenza formidabile della comunicazione consentendomi di fare la "telefonista" in questa realtà. È stato prezioso potersi affidare e condividere con un'altra mente angosce profonde legate al presente attraverso l'attualizzazione di un ambiente psicologico traumatico, anche riemergenti dal più lontano passato. Come analista, dedicata da molti anni anche a bambini e adolescenti, mi sono così trovata, il più delle volte, a "curare da remoto" i soggetti in età evolutiva, spesso soltanto attraverso i colloqui con i genitori. Sono state molte le richieste che riguardavano bambini piccoli, il cui comune denominatore era l'essere invasi dall'angoscia di mamma e papà.

Molti bambini sono diventati disappetenti: Agostino, di soli 20 mesi, urlava disperato quando i genitori cercavano di portarlo fuori per un giretto nel cortile di casa. Ho potuto cogliere come si fosse instaurata, anche attraverso la perdita delle abitudini quotidiane e il confinamento fra le mura domestiche, un'insana applicazione del principio dei vasi comunicanti, che trasferiva le angosce dei genitori nella mente dei bambini. Agostino "agiva" la fobia della mamma per il "fuori", denso di pericoli di contagio, e non voleva più uscire. Difficile riuscire a mangiare quando la mamma e il papà erano ossessionati dalla disinfezione dei cibi. Le comunicazioni avevano un doppio legame, il bambino percepiva preoccupazione intorno al cibo o all'ambiente esterno alla casa, ma al tempo stesso avrebbe dovuto mangiare ed uscire all'aria aperta.

Tutto ciò avveniva perlopiù in bambini piccoli, per i quali tale discernimento non è possibile. Le sedute telefoniche con entrambi i genitori hanno consentito di riordinare, dando significato al malessere dei bambini e ricollocandolo all'interno della dinamica familiare, quindi in un ambiente psicologico dove ognuno aveva la sua parte in ciò che accadeva al bambino.

La limitatezza del tempo e la limitazione del contatto, che funzionava spesso attraverso il solo udito, a volte con due sensi, quando i pazienti consentivano la videochiamata, insieme al fatto che non ci si saremmo mai conosciuti di persona, hanno favorito un contatto molto profondo forse anche aumentato dal clima tragico e di estrema urgenza creato dalla pandemia. Ciò ha favorito il poter affrontare e condividere traumi del passato mai confessati a nessuno, in un clima che corrispondeva ad un: “o lo dico adesso o mai più!”.

Così sono emersi abusi e violenze ma anche, attraverso i colloqui, la possibilità di darsi un futuro diverso: se esco viva di qui, cambierò strada! Mi ha detto Caterina, imprigionata a 22 anni nella casa familiare dove era stata abusata dal padre e dal nonno. Come se il trauma della morte, così vicino e tangibile, avesse rinvigorito l'istinto di vita.

Maria, che chiamava dal profondo sud, ha potuto pensare di lasciare il marito, violento e padrone della sua vita.

Filippo, picchiato a calci dal padre che non poteva sopportare la sua omosessualità, progettava concretamente di andare via e di spendere i suoi 18 anni lontano da una realtà familiare insopportabile.

Il filo sottile ma forte dei colloqui telefonici ha consentito a molti di riacquistare fiducia, di affrontare le paure anche affidandosi ad altri esperti.

Alberto, chiuso in casa e terrorizzato, non riusciva neppure più a bere: ogni contatto con elementi del “fuori” poteva contenere morte e devastazione. In realtà erano le gravissime fobie e angosce di contaminazione scatenate dal virus che lo stavano, a soli 17 anni, devastando. Il poter parlare con qualcuno proveniente dal “fuori”, liberamente e sinceramente sentendosi ascoltato ed accolto, ha consentito che potesse acquistare un minimo di fiducia e ricoverarsi in tempo per le cure necessarie.

Sono stati moltissimi gli adolescenti che si sono messi in contatto personalmente o attraverso i genitori durante il periodo più duro della pandemia, molti i disturbi alimentari, le angosce di morte ma anche le fantasie e ossessioni suicide.

Il confinamento fra le mura domestiche, in un'età nella quale si cerca, fisiologicamente, di stare fuori casa il più possibile per sperimentarsi e dove il gruppo dei pari è fondamentale, ha generato un profondo senso di perdita, lutto: ciò è stato a volte devastante perché an-

che l'area del "dovere", cioè la scuola, ha dovuto arrendersi alle misure per contrastare l'epidemia, producendo nella mente dei giovani sgomento e disorientamento.

"Noi siamo la resistenza, Ray! ..."

Questa frase del film "La guerra dei mondi" rispecchia molto ciò che risuonava in me ascoltando i "ragazzi", condividendo il lutto della limitazione di spazi ed esperienze fondamentali per quell'età; non sei solo, ti accolgo e ti comprendo e ce la dobbiamo fare. Un elemento che ha consentito di sopportare e gestire il dolore ed il lutto per condizioni che a volte apparivano perse per sempre, è stato il poter prendere contatto con la nostalgia che apre finestre su immagini di serenità e gioia per le cose semplici di una quotidianità persa ma che potrà tornare .

D. L'ATTIVAZIONE DELLA SECONDA LINEA⁴⁵ CRONACHE DAL "FINEMUNNO"

All'inizio della pandemia, qui in Salento, terra alla fine delle terre, il COVID-19 si è presentato come il profilo incerto delle montagne dell'Albania nelle giornate immobili, senza vento. Un profilo confuso, sfumato, lontano, privo delle tonalità più chiare. Il COVID-19 è al nord, è lontano da qui, oltre il mare, come le coste dell'Albania. Incredulità e negazione hanno il sopravvento. Il senso del dramma comincia ad essere percepito, nell'immediato, solo da chi, tra noi, si trova ad avere parenti ed amici lontani, nelle terre più colpite.

In quest'atmosfera, noi come psicoterapeuti iniziamo ad interrogarci sulle scelte da fare. Il nostro vissuto è ambivalente. Da una parte sentiamo la necessità di assicurare ai pazienti la continuità della cura, dall'altro viviamo il timore di essere contagiati e di divenire veicolo di contagio. Quello che comprendiamo subito è che contagiare può

⁴⁵ Questo paragrafo è stato realizzato da Nadia Maria Peron, Socio Ordinario della Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica e coordinatrice Centro consultazione psicologica della SIPP.

voler dire causare la morte, in un luogo di cura la cui sostanza è garantire un'oasi di "sicurezza". Sentiamo di non avere abbastanza indicazioni e informazioni.

L'arrivo del virus ci pone su un piano di comune responsabilità tra paziente e terapeuta. Si tratta di prestare attenzione ai nostri stati d'animo e alla nostra salute ma anche di dare al paziente la possibilità di indicarci quali siano. Il contratto terapeutico viene sconvolto e ridiventa oggetto di un negoziato intriso di paura.

Tra i nostri pazienti ci sono persone fragili e anziane; loro sono i primi che si confrontano con noi e con loro scegliamo di non vederci in presenza.

Con altri resistiamo qualche altra settimana rispetto al nord. Sarà poi la mancanza assoluta dei dispositivi di protezione individuale, le mascherine soprattutto (sostituite da mascherine di fortuna fatte con stoffa e carta forno), ad incentivare la chiusura degli studi e il passaggio alle terapie online.

Sentiamo di galleggiare nel trauma come tutti gli altri ma allo stesso tempo abbiamo bisogno di lavorarlo dentro di noi, tra di noi, per poterlo gestire all'esterno.

Gli incontri di gruppo diventano il nostro punto di riferimento, il nostro timone per affrontare le repentine trasformazioni che il pericolo COVID-19 ci impone.

Approcciamo i temi della psicologia dell'emergenza. Nell'incontrare libri come "Stare con il dolore in emergenza" sentiremo le esperienze descritte, sia dei soccorritori che delle vittime, come nostre.

Mentre siamo impegnati in queste attività, riceviamo una richiesta di aiuto da parte della nostra società, la SIPP, per collaborare ad uno sportello di ascolto psicologico con altre società e con il Ministero della Salute, alla quale subito rispondiamo positivamente.

Nonostante ci fosse stato detto diversamente non avremo contatti con la prima linea e a volte ci troveremo a pensarla, ad immaginarla metaforicamente come il principio di tessitura di un contenitore, l'incipit di un racconto di vita. Sentiamo che il nostro lavoro sarà in continuità con la prima linea e con naturalezza ci siamo predisposti a proseguire la tessitura del contenitore, ad ultimare il racconto breve, di quelli con il finale aperto. Tutto sotto l'ala protettrice dell'ascolto psicoanalitico.

Nel nostro bagaglio ci sono gli elementi fondanti la consultazione

psicoanalitica.

L'ascolto articolato in soli quattro incontri ci farà pensare ad un preludio non come parte sinfonica introduttiva ma una composizione con una sua autonomia e completezza. Si configura come un momento di presa di coscienza sufficiente a riattivare risorse interne rispetto alle proprie sfide esistenziali, oppure la presa d'atto di resistenze e difese che inducono a rinunciare ad un lavoro di trasformazione personale. L'ascolto consentirà di nominare, di rappresentare i momenti più carichi di angoscia per poterli superare.

Faremo alcuni aggiustamenti per accogliere la diversa tempistica. Le disposizioni dell'emergenza accelerano il tempo e richiedono forme diverse di setting.

Dobbiamo contattare noi le persone che chiedono aiuto e fornire un primo appuntamento entro 24 ore. In genere nella pratica quotidiana ci prendiamo del tempo prima di dare un appuntamento, per sedimentare e sottolineare che la psicoterapia non si fa in urgenza. Siamo inseriti in una situazione spazio-temporale scandita da nuove lancette: numero dei contagi, numero dei morti, terapie intensive e indice Rt. Questa scansione ci induce ad accelerare il passo.

Da un lato abbiamo l'urgenza del paziente ad ottenere una risposta che richiede una rapidità di lettura significativa, compresa nella domanda; dall'altro il tempo breve degli incontri prima di arrivare ad una restituzione e alla conclusione.

Ci troviamo ad accogliere le persone per la prima volta in remoto piuttosto che nel nostro studio; sarà il tono della voce, qualcosa di intimo, di distintivo, a rimanere dentro, più delle immagini, oltre le parole. In questi incontri ho ascoltato e accolto dentro di me le storie di: Esterina, ottantaduenne con la paura di perdere la sua indipendenza; Gino che per la prima volta si sveglia nel cuore della notte e non respira; Matteo che arma la sua sacra alleanza per proteggerci tutti; Giulia che il virus lo prende e si trova a gestirlo spaventata, isolata in casa propria; Antonio che teme di non poter tornare al suo centro diurno per dipingere. Come le loro voci mi sono entrati dentro; dopo averle udite non è facile separarsene, lasciarli andare, mentre la pandemia ancora imperversa. La separazione a breve termine, può svolgere "un ruolo positivo come acceleratore degli scambi intrapsichici e di quelli intercorrenti tra i due membri della coppia", come "situazione stimolo atta a consentire osservazioni e auspicabilmente

avviare mutamenti” (Adamo, 1990).

Resta la speranza che ‘l’addomesticamento’ avvenuto, per citare Antoine de Saint-Exupéry, insieme alla perdita comporti anche, in guadagno, il colore del grano.

E. LA SECONDA LINEA⁴⁶

LO PSICOANALISTA RIVEDUTO E CORRETTO

Lasciare spazio intorno ai gesti ordinari, dargli una stanza, li fa brillare, permette che aprano un varco nell’oscurità in cui di solito viviamo, nel nostro quotidiano sonno. Allora, pian piano, si ricevono le visite della consapevolezza: sono i miracoli del noto (Candiani, 2018).

Questa poesia può ben descrivere gli effetti di trasformazione prodotti dall’ascolto in emergenza:

Lasciare spazio intorno ai gesti ordinari, che, in Psicoanalisi si svolgono nel proprio studio e in presenza. In emergenza, si è fatto un salto nell’ignoto, la normale predisposizione all’ascolto ha dovuto collocarsi in uno spazio altro, più ampio.

dargli una stanza: predisponendosi a cambiamenti non solo catastrofici (sebbene comunque bionianamente catastrofici), a ascoltare non nel proprio studio, senza la prospettiva di un’eventuale presa in carico, conducendo l’intervento in soli tre colloqui.

li fa brillare: ‘dimensionando’ l’usuale assetto mentale in tende da campo (Bolognini 2020), scoprendone con sorpresa le potenzialità terapeutiche.

permette che aprano un varco nell’oscurità in cui di solito viviamo, nel nostro quotidiano sonno, dal quale ci sveglia illuminando aree inesplorate. Due esempi. Il primo quando, nel terzo anno di un’analisi che procedeva normalmente bene, un giorno un *black out* della corrente elettrica mi costrinse a dire ai pazienti dalla finestra che

⁴⁶ Questo paragrafo è stato realizzato da Daniela Scotto di Fasano, Socio Ordinario della Società Psicoanalitica Italiana e volontaria del servizio emergenza COVID-19 del Centro di Psicoanalisi di Pavia.

sarei scesa di persona a aprire il portone non potendo utilizzare al solito (*il quotidiano sonno*) il citofono. Nessun problema con nessuno tranne che con questo paziente, che, stendendosi sul lettino, inveisce con rabbia sulla mia ‘condotta irrispettosa’: chiamarlo dalla finestra! L’episodio ci permise di contattare aspetti fino a quel momento ignoti, aprendo un varco nell’oscurità in cui di solito viviamo. Ne sottolineo uno che ci aiuta a riflettere sull’atmosfera emotiva collettiva in pandemia, connesso alle cosiddette (Bleger) parti agglutinate, che costituiscono un sottofondo di sicurezza e necessitano di poggiare su una cornice inconscia immobilizzata che non deve essere avvertita, sorta di pavimento che garantisce il vissuto di identità. Il senso perturbante di rottura di tale vissuto è dato dall’aprirsi di crepe improvvise in questo aspetto ‘naturalmente’ stabile, come se una voragine improvvisa si producesse nel suolo; si perde una socialità inconscia particolare, dove non c’è discriminazione fra Io e non-Io, corpo e spazio (Bleger 1970): tra me e il paziente? Immersi fino a allora in un ambiente sincretico? È importante sottolineare che il modo usuale di iniziare la seduta l’avrebbe impedita per via di aspetti sincretici.

Allora, pian piano, si ricevono le visite della consapevolezza: sono i miracoli del noto, un raggio di intensa oscurità (Grotstein 2007), come accaduto nella Psicoanalisi condotta in tende da campo: la necessità di conservare un ascolto psicoanalitico, costruendo un setting uguale/diverso (Nicolò 2021) rispetto all’abituale, come in uno dei casi che ho seguito in emergenza, una persona di 38 anni che vive sola. Alla mia domanda sulla ragione per cui ha chiamato, dice che soffre di ansia da quando le è stata diagnosticata una vasculite che forse dipende dal COVID-19 o da una malattia autoimmune. È seguita dal suo medico, al quale è molto riconoscente ma non sa se la sua cura (prima sierologica, ora eparina) funzioni. Ha un bruciore alle gambe che le impedisce di dormire e ne soffre, non riesce a concentrarsi. Non usa ansiolitici, suggerisco di chiedere al medico se potrebbe essere opportuna una visita psichiatrica. Sembra atona e remota, dice di non voler pesare sugli altri con i suoi problemi. Ci accordiamo per risentirci dopo qualche giorno ma richiama molto più tardi. Non si rivolgerà a uno psichiatra perché sta meglio: dopo il nostro colloquio è diminuita l’ansia perché si è scoperta. Cioè? Domando. Dormo scoperta e quindi non ho più bruciori. Sorrido dicendole che mi ha colpito la frase ‘essersi scoperta’, che senz’altro ha a che fare con l’essere

materialmente meno coperta e quindi più fresca di notte ma, magari, anche con il fatto che si è ‘scoperta’ con me permettendosi di temere di avere il COVID-19. Sorride a sua volta e dice che in effetti ne ha parlato con un’amica e poi si è scoperta di notte. Questo caso mi ha messo direttamente in contatto con l’angoscia di avere una malattia potenzialmente mortale e, quindi, con il violento impatto di vissuti così dolorosi da dover essere denegati e espulsi nel bruciore del corpo. Anch’io, peraltro, ho dovuto fronteggiare complessi vissuti di contro-transfert in una relazione che sapevo breve, ma ho anche potuto capire come per questa persona la possibilità di ‘scoprirsi’ con me, messa lì apposta dal Ministero della Salute e dalla SPI per ascoltarla, non dovendosi sentire in colpa per il fatto di ‘pesare’, le abbia consentito di trasformare condividendola un’angoscia senza parole in pensiero: una mentalizz-azione (Scotto di Fasano 2003). Siamo nel pieno dello specifico dell’ascolto psicoanalitico: “ho paura di morire. A chi dirlo?” E siamo nel pieno del suo assetto: anche in tende da campo, l’interpretazione. Si può infatti aver paura di far paura – di pesare - e paura di aver paura (Francesconi, Scotto di Fasano 2020a, 2020b): “ho il COVID-19?”.

F. ANCORA IN SECONDA LINEA UNA POSSIBILITÀ DI CURA DI SÉ E DI CAMBIA- MENTO: ⁴⁷

Durante l’attività di consulenza prevista dal Ministero della Salute per l’emergenza COVID-19 ho conosciuto persone di varia provenienza. In un tale contesto, con il limite delle quattro sedute online, andavano affrontate in breve tempo angosce di notevole entità, senza riuscire a conoscerne le cause inconsce, avendo a che fare con individui che erano e restano in gran parte sconosciuti.

Ritenevo che l’approccio psicoanalitico, che richiede un tempo e un setting specifici, non potesse essere applicato a un tale contesto

⁴⁷ Questo paragrafo è stato realizzato da Stefano Monetti, candidato della Società Psicoanalitica Italiana e volontario del servizio emergenza COVID-19 del Centro di Psicoanalisi di Pavia.

d'emergenza, se non stravolgendolo col rischio di renderlo sterile. Si trattava di un mio atteggiamento difensivo: probabilmente il cambiamento radicale di setting provocava una certa angoscia. Era l'angoscia di dover uscire dalla situazione abituale, protetta e controllata dello studio di psicoanalista per iniziare un'esperienza in gran parte diversa, insieme alla situazione inedita del *lockdown* che mi costringeva a limitare l'attività psicoterapeutica online.

La modalità dell'ascolto via internet, con videochiamate, è stata facilitante per persone che altrimenti non avrebbero avviato un processo psicoterapeutico. Lucia, la mia prima utente era una donna che lavorava in *smart working* da tempo per una depressione che non le consentiva di andare al lavoro; non era mai stata nello studio di uno psicoterapeuta perché ciò avrebbe comportato di affrontare alcune sue ossessioni di contagio e pulizia. La terapia a distanza le consentiva di non affrontare quelle questioni riguardanti il corpo e il desiderio che costituivano una resistenza insormontabile nell'accesso alla cura. L'analisi a distanza può colludere con un atteggiamento difensivo del paziente, precludendo l'esplorazione di alcuni campi d'indagine, relativi alla sensorialità, che solo nella presenza fisica possono emergere (Nichini, 2019). Mi viene in mente un paziente che prima di sdraiarsi sul lettino si toglie le scarpe. Questo gesto, che ben esprime il bisogno di tenere fuori dall'analisi aspetti personali considerati moralmente "sporchi", probabilmente non sarebbe emerso in teleanalisi, oppure, chissà, avrebbe preso un'altra forma. Nel caso di Lucia però la privazione della presenza corporea è alla base dell'assenso alla terapia: non mettendo in discussione le difese relative al corpo, l'intervento a distanza consente un accesso sostenibile alla cura.

Un'altra utente, Claudia, è una donna di mezza età che abita in un paese rurale del sud, conducendo una vita ritirata: sposata senza figli, è disoccupata e vive col marito vicino ai genitori. Ha attraversato vari periodi di depressione ma non ha mai pensato di rivolgersi ai servizi territoriali di salute mentale per non essere colpita dallo stigma che, nella sua famiglia e cultura, concerne la malattia mentale. La vita ritirata di Claudia con la pandemia si è trasformata in ritiro sociale, giustificato da una grande angoscia di contagio. La situazione pandemica e il *lockdown* sembravano realizzare un *diktat* culturale al quale Claudia aveva sempre dovuto e voluto sottomettersi: l'idea tradizionale che le donne non devono uscire, poichè il mondo esterno è cattivo. La

pandemia di COVID-19 poteva essere interpretata come la realizzazione di una fantasia inconscia legata a una tradizione paternalistica ancora radicata in alcune zone del nostro Paese. Contattando un terapeuta Claudia esprimeva la necessità di trovare un oggetto buono nel cattivo mondo extrafamiliare. L'atto di rivolgersi al terapeuta per molti utenti è stato di per sé liberatorio: smentiva una posizione di paranoia sociale alimentata dalla pandemia. Al quarto colloquio Claudia ha ideato una parziale soluzione al suo malessere: ha deciso di fare da badante a una lontana parente, trovando perciò un lavoro tollerabile dal sistema di valori della società cui appartiene. In effetti, in questo modo Claudia potrebbe lavorare mantenendosi all'interno della famiglia svolgendo una funzione tradizionalmente attribuita alle donne.

La situazione di Claudia mi ha fatto venire in mente un episodio della vita del fotografo Sebastiao Salgado: dopo aver fotografato e vissuto gli orrori delle guerre africane, Salgado sente il bisogno di riconciliarsi con un mondo troppo crudele per essere accettabile: avvia allora il progetto *Genesi* (Salgado, 2013), col quale tornerà a fotografare ma limitandosi a popolazioni primitive e a luoghi naturali non intaccati dalla civiltà moderna. Esperire il lutto di un mondo inaccettabile significa anche ritagliarsi un mondo possibile, quasi un nuovo oggetto transizionale che consenta nuovamente il legame con la realtà.

In un'altra situazione ho assistito a un *insight* derivato dal cambiamento di vita imposto dalla pandemia. Anita, una donna di mezza età, mi ha telefonato in preda all'ansia da contagio che le impediva di uscire di casa. È emersa un'enorme aggressività verso i colleghi di lavoro, aggressività sempre repressa. Anita lavorava in un ambiente oppressivo, nel quale doveva "far buon viso a cattivo gioco", tornava a casa molto tardi e non aveva tempo per sé e per il marito. La sua vita perdeva un senso proprio: Anita non era felice ma rimaneva al lavoro per adeguarsi a un orientamento familiare secondo il quale il lavoro era considerato sacro a prescindere, come unica via di emancipazione da un contesto di povertà e fatica contadine. Era stato suo padre a trovarle quell'impiego fisso e rassicurante: subito dopo il conseguimento del diploma di ragioneria era riuscito a "metterla a posto". Anita dunque lavorava da un conoscente del padre, quel padre completamente dedito al suo lavoro di autotrasportatore che Anita non aveva mai osato contraddire. La pausa del *lockdown* aveva costretto Anita in casa, con molto tempo libero per riflettere, al punto da decidere di

licenziarsi. Dopo averlo fatto, Anita si è immediatamente ripresa dall'angoscia riuscendo a ridurre progressivamente gli psicofarmaci. M'invia ancora qualche messaggio nel quale mi spiega che sta meglio e ha trovato un nuovo lavoro che la soddisfa. Non si tratta di un caso isolato: secondo alcune statistiche le persone che hanno deciso di lasciare il lavoro nel 2021 sono significativamente di più rispetto alla media degli anni precedenti.

Per altre persone la pandemia ha prodotto effetti opposti: Jacopo ha avuto difficoltà a superare la condizione di vedovanza. Sua moglie è morta durante il *lockdown* e lui non ha potuto vederla nei due mesi in cui era ricoverata in ospedale, potendo ricevere solo alcune telefonate strazianti nelle quali lei gli chiedeva di essere riportata a casa. Jacopo non riesce a compiere alcune azioni che significherebbero l'accettazione del lutto e l'inizio di una nuova fase della sua vita, per ora troppo dolorosa da pensare. Mi sono chiesto se telefonando a me stesse ripetendo le telefonate ricevute dalla moglie in cerca di una relazione cui potersi appoggiare. Analogamente, Ernesto si collegava durante le videochiamate dalla cucina, sedendosi sotto un orologio rotto, che rappresentava l'interruzione della sua vita "normale", come la chiamava, in seguito al licenziamento per il COVID-19. L'orologio è un elemento emerso proprio grazie al lavoro a distanza, che mostra solitamente una parte della casa del paziente, con una scenografia che egli stesso ha configurato.

Per concludere si può affermare che la pandemia ha messo di fronte il terapeuta a elementi traumatici collettivi e individuali che hanno fatto emergere in alcuni casi modalità originali di riparazione del lutto.

Conclusioni

Alla luce dell'esperienza realizzata ci siamo chiesti come e se il *lockdown* abbia cambiato noi operatori coinvolti quanto le vittime dall'emergenza. Ci siamo chiesti quali tracce abbia lasciato la specifica esperienza in noi. A tal proposito pensiamo che l'ascolto psicodinamico al telefono di entrambe le linee abbia potenziato il modello interno antitetico alla resa, resiliente e capace di contrastarla (Di Iorio e Biondo 2009, 2011). Pensiamo che sarebbe stato prezioso curare la comunicazione fra le due linee: ad esempio trasmettendo le schede

compilate dalla prima alla seconda linea. L'ascolto delle emozioni attivate, sia in noi che nell'interlocutore, dall'emergenza e dall'esperienza traumatica connessa, ha ulteriormente incrementato la nostra capacità di empatizzare, potenziando le nostre risorse interne connesse al metodo psicoanalitico. L'empatia implica la capacità dell'analista di realizzare un'intima risonanza del dolore dell'interlocutore, di raggiungere la sua intrinseca sofferenza, di connettersi con ciò che la persona fa del suo dolore e come lo vive. La vera empatia, afferma Bolognini: "è una condizione di contatto conscio e preconscious caratterizzata da separatezza, complessità e articolazione; uno spettro percettivo ampio in cui sono comprese tutte le tonalità di colore emotivo, dalle più chiare alle più scure, e soprattutto un progressivo, condiviso e profondo contatto con la complementarietà oggettuale, con l'Io difensivo e con le parti scisse dell'altro, non meno che con la sua soggettività ego sintonica" (Bolognini, 2002, pp. 136-137). Poter ricorrere all'empatia psicoanalitica ci ha permesso di stare con il dolore dell'altro e con il nostro (Lupinacci *et al.*, 2015), di scoprire capacità inedite di autoriparazione, di avvicinare e tollerare la paura della malattia e della morte nostra e dell'altro nonostante la pandemia.

BIBLIOGRAFIA

- ADAMO S. M. G. (1990). (a cura di). *Un breve viaggio nella propria mente. Consultazioni psicoanalitiche con adolescenti*. Napoli: Liguori.
- BASTIANINI T. E FERRUTA A. (2018). Lo specifico della cura psicoanalitica nelle estensioni del metodo, in Bastianini T. e Ferruta A., a cura di, *La psicoanalitica contemporanea*, Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- BIONDO D. (2020). Psicoanalisti nell'emergenza. In *www.spiweb.it, Area Dibattiti*, 24.4.2021.
- BLEGER J., (1966-1972). *Psicoigiene e Psicologia Istituzionale*. Libr. Ed. Lauretana, Loreto, 1989.
- BOLOGNINI, S. (2002). *L'empatia psicoanalitica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- BOLOGNINI S. (2019), "Nuove forme psicopatologiche in un mondo che cambia: una sfida per la psicoanalisi del XXI secolo", *Rivista di Psicoanalisi*, 4: 797-813.

- BOLOGNINI S., (2020). Riflessioni in pandemia, in *Analisi e psicoterapie in internet o per telefono al tempo del coronavirus*. In www.spiweb.it, *Area Dibattiti*, 16.4.2021.
- BUSATO BARBAGLIO C., MACCHIA A. E NICOLÒ A.M., a cura di (2017), *Winnicott e la psicoanalisi del futuro*, Alpes Italia, Roma.
- CANDELA R., SALVADORI S., SPIOMBI G., VERTICCHIO G. (2007). (cura di), *Forme della consultazione psicoanalitica*. Roma: Astrolabio.
- CANDIANI C.L. (2018). *Il silenzio è cosa viva. L'arte della meditazione*. Torino: Einaudi.
- DI IORIO R., BIONDO D. (2009). *Sopravvivere alle emergenze*. Roma: Edizioni Magi.
- DI IORIO R., BIONDO D. (2011). *Psicosoccorso*. Roma: Edizioni Magi.
- DI IORIO R. GIANNINI A.M. (2018). *Stare con il dolore in emergenza*. Roma: FrancoAngeli.
- FERRUTA A., a cura di, *La cura psicoanalitica contemporanea*, Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- FRANCESCONI M., (2008). Tra-mutazioni antropologiche: Trasformazione e Metamorfosi. *Psiche*, n. 2, 115-136.
- FRANCESCONI M., SCOTTO DI FASANO D., (2020a). Paura e speranza una nuova fase dell'esistenza. In Borsa G., (2020). (a cura di), *Contagiati. Pensieri, comportamenti, prospettive oltre il coronavirus*. Indialogo ed.
- FRANCESCONI M., SCOTTO DI FASANO D. (2020b). Non avere paura di avere paura: la Psicoanalisi di fronte alla pandemia. *Micro-Mega*, 1, 4/2020.
- GABBARD O.G. (2020), "Lectio Magistralis *The notion of 'change' revisited*", Centro Psicoanalitico di Bologna, 18 ottobre (webinar).
- GREENBERG J.R. (2012), "Conferenza *Psicoanalisi in Nord America: sviluppi recenti*", Centro Milanese di Psicoanalisi, Milano, 21 aprile.
- GROTSTEIN J.S. (2007). *Un raggio di intensa oscurità. L'eredità di Wilfred Bion*. Milano: Raffaello Cortina, 2010.
- LUPINACCI M. A., BIONDO D., ACCETTI L., GALEOTA M., LUCATTINI A. (2015). *Il dolore dell'analista*. Roma: Astrolabio.
- MAIN T. (1989). *La Comunità Terapeutica e altri saggi psicoanalitici*. Roma: Il Pensiero Scientifico.

- NICHINI C. (2019). Black mirror e teleanalisi: il corpo come limite e fondamento dell'esperienza. *Rivista di psicoanalisi*. LXV, pp. 67-79.
- NICOLÒ A.M. (2019), "Note sul cambiamento della tecnica in psicoanalisi", *Rivista di Psicoanalisi*, 4: 815-833.
- NICOLÒ A.M., (2021) (a cura di). *L'ascolto psicoanalitico in emergenza*. Milano: FrancoAngeli.
- SALGADO, S., (2013). *Genesis*. Taschen.
- SCOTTO DI FASANO D. (2003). Dall'incomprensibile fatto carne alla mentalizzazione. *Psiche*, 2.
- STEINER J. (1993), *Psychic retreats*, Routledge, London (trad. it.: *I rifugi della mente*, Bollati Boringhieri, Torino, 1996).
- WINNICOTT D.W. (1956), "On transference". *International Journal of Psychoanalysis*, 37: 386-388.

10. LA NASCITA DI UNA CHIMERA AI TEMPI DEL COVID-19.
L'ESPERIENZA PSICOTERAPEUTICA DEL CENTRO DIURNO
"IMAGO" DI BRUXELLES⁴⁸

Calevoi Nicole, Denis Monique, Ferrigno Emanuele,
Lagarde Cédric, Perotti Mélanie, Potteau Soline,
Renard Benjamin, Thiry Solange, Van Herck Gilles⁴⁹

L'esercizio di scrittura di questo articolo⁵⁰ ha permesso a tutti i professionisti del centro diurno "Imago" di *liberare* del tempo istituzionale per ritornare a quel periodo particolarmente difficile, critico per tutti. Il ricordo delle diverse misure messe in atto per *riconnettere* una temporalità uscita dal solco sottolinea, oggi, come sia stato necessario rimanere creativi per mantenere "in vita" psichicamente i nostri pazienti, ma anche noi stessi come lavoratori in tempo di pandemia. *Resistere* per fare in modo che i legami non si sfaldassero, che le costruzioni pre-pandemiche sopravvivessero al passaggio traumatico e al rischio d'oblio, non è stato facile.

Abbiamo dovuto adattare le logiche terapeutiche al quadro imprevedibile delle norme e delle direttive politico-sanitarie altalenanti, ma anche tempi e spazi, luoghi ed attività ai quadri e ai contesti imposti dal *reale*. Un tentativo di spostare la dimensione autoconservativa

⁴⁸ Il centro diurno "Imago" fa parte dell'associazione senza scopo di lucro "L'Équipe ASBL", rete di psichiatria sociale e comunitaria di Bruxelles (Belgio). L'associazione si fonda su un *lavoro di rete* che comprende diversi centri diurni, centri residenziali, un centro ambulatoriale, un day hospital, una biblioteca e un *club* per persone con fragilità psichica. L'associazione "L'Équipe ASBL" è stata fondata nel 1963 dal Dott. Jean Vermeylen, nel quadro dei cambiamenti e delle riforme che investivano, in quegli'anni, il campo della psichiatria territoriale e di "settore" in Belgio.

⁴⁹ L'équipe di terapeute e dei terapeuti del Centro Diurno "Imago, Anderlecht, Bruxelles, Belgio è composta da una variegata tipologia di professionalità: Calevoi Nicole (psichiatra e direttore medico), Denis Monique (fisioterapista), Ferrigno Emanuele (psicologo), Lagarde Cédric (educatore specializzato e coordinatore), Perotti Mélanie (psicologa), Potteau Soline (ergoterapeuta), Renard Benjamin (assistente sociale), Thiry Solange (artista ed insegnante), Van Herck Gilles (psicologo).

⁵⁰ Si ringrazia Emanuele Ferrigno per la traduzione dal francese del presente capitolo.

nuovamente verso il piacere, il desiderio.

Ci è apparso necessario adattare costantemente il sistema terapeutico ed il progetto clinico specifico di ogni paziente alla criticità della realtà, per mantenere una creatività attiva e permettere una riorganizzazione istituzionale e psicologica significativa che preservasse o rimettesse in moto il senso di un "piacere al lavoro" (per pazienti e terapeuti), (Laplanche J. et Pontalis J. B. 1967). Per riprendere il lavoro di Jean Oury sulla conazione estetica, si trattava anche di lasciare agire l'impulso che spinge alla trasgressione dell'istinto, alla trasformazione dell'ambiente e al dispiegamento delle potenzialità. È l'esperienza di questo processo di adattamento e trasformazione al tempo stesso, di trasgressione all'imperativo della morte, che abbiamo potuto fare durante la pandemia di COVID-19 e che ci proponiamo di condividere con voi in questo scritto. Un tentativo di metamorfosi tanto estetica quanto processuale, che ci ha permesso di "sopravvivere, resistere e trasformarci" durante questi anni critici. Un lavoro, un oggetto tutt'ora presente in istituzione, una chimera di cartapesta, sembra simbolizzare totemicamente e significativamente questo passaggio. Questo oggetto "federatore e riparatore" per l'istituzione, che ha condensato la dispersione sintomatica di ognuno di noi nel periodo pandemico, costituisce un tentativo di rappresentazione del traumatico, una sua figurabilità, il suo *après-coup*⁵¹. La sua emblematicità si presta ancora, per l'istituzione e i suoi partecipanti, ad un lavoro di memoria e di elaborazione tanto attuale quanto continua.

A. LE RIEMERSIONI SINTOMATICHE PROVOCATE DAL COVID-19

Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés...
(Jean de La Fontaine 1678)

La realtà psichica globale è stata scossa e gravemente colpita

⁵¹ Temporalità del «dopo» dell'inconscio e del traumatico. Nozione fondamentale della «temporalità» e della «causalità psichica» nella metapsicologia e nella clinica psicanalitica (Laplanche J. et Pontalis J. B. 1967).

dall'arrivo inatteso del COVID-19 e lo stato di precarietà e di sofferenza dei nostri pazienti ne è stata una prova. Un processo regressivo o di palese peggioramento ha preso immediatamente piede nelle forme della sintomatologia, nei discorsi o nei silenzi dei pazienti. Tuttavia, è all'interno del legame all'altro del terapeuta, nel solco di un'istituzione ben definita, che fin dall'inizio questi discorsi e queste sofferenze hanno trovato un'accoglienza, un ascolto. Questa situazione senza precedenti è tornata a far esplodere o riattivare la sintomatologia che era già presente negli stessi pazienti e che ha condotto alla richiesta di cure psicoterapeutiche. I sintomi principali, che non erano sconosciuti all'*équipe* di terapeuti, sembravano far riferimento al ritiro sociale, ai pensieri suicidari, agli scompensi di natura psicotica, alle angosce regressive e ai processi di dipendenza, ai comportamenti a rischio, in un quadro generale di disinvestimento dei legami e dei progetti di vita.

Siamo nel campo della psicopatologia psichiatrica, complicata dalla particolare fase evolutiva che queste persone attraversano: si tratta infatti, di giovani pazienti d'età compresa fra i 18 e i 30 anni. Per alcuni di loro il confinamento faceva eco ai precedenti ricoveri psichiatrici e la nuova alienazione che si prospettava di conseguenza. Risuonava come una minaccia di annichilimento già conosciuta, supportata dal senso di fallimento e dalla sensazione di inutilità del percorso terapeutico intrapreso fino ad allora. Tuttavia, alcuni pazienti erano così spaventati dall'inatteso e dall'enigmatico della pandemia da non riuscire a lasciare le loro stanze. Molti di loro non sopportavano nemmeno il contatto telefonico, inizialmente proposto quale supporto alla terapeutica (in particolare rispetto alle sedute psicoterapeutiche individuali). Lo trovavano inutile, insensato rispetto a ciò che stava accadendo. Altri pazienti, invece, si aggrappavano al collegamento in linea come se fosse l'unica piattaforma, l'unico lembo residuale di una realtà in via d'estinzione, una sorta di evaporazione dei legami e dell'identità che prendeva sempre più forma.

Ogni luogo del virtuale proposto dal centro in quei giorni (per mantenere attivo il legame terapeutico) era uno spazio di esistenza e di resistenza. L'attacco al legame sociale, l'ipocondria generalizzata, i consumi patologici come ripiego sintomatologico, ecc., rifacevano capolino assieme ad un vissuto depressivo e d'impotenza di fronte a un

mondo sempre più lontano, complesso, incomprensibile. La situazione era inoltre aggravata da un larvato (inizialmente) senso di colpa, dall'attacco sociale percepito dai giovani quali "untori" e "portatori di morte". L'accusa già sperimentata e subita di essere "adulti inadeguati ed incapaci", rifaceva ritorno come attribuzione identitaria e conferma del fallimento narcisistico. Tutto ciò non ha certamente impedito a molti di loro l'esperienza pseudo-melancolica di un tempo vissuto come perduto per sempre, scivolato via, considerando che dei giovani come i nostri pazienti (che hanno passato un tempo significativo all'interno di istituzioni terapeutiche e processi di cura), si sentivano già in ritardo con la vita a causa dei fallimenti vissuti o percepiti. Questo quadro di cose apriva, per alcuni di loro, le soglie ad una prospettiva melanconica senza ritorno.

Di fronte ad un tempo pandemico dell'arresto, dell'immobile, il fallimento di qualsiasi progetto personale, sia esso formativo, professionale o relazionale, ritorna prepotentemente ad imporsi a questi giovani come minaccia all'identità, come conferma narcisistica in negativo. È stato allora necessario inventare un nuovo tempo, co-creare un quadro di riferimento alternativo, da negoziare costantemente, per mantenere una continuità del pensiero, dei progetti e della cura. Abbiamo tentato di arginare questo scivolamento sintomatico immaginando e sperimentando uno spazio multiplo e variegato (presenza-virtuale-ibridazione) che aveva il suo fulcro "nella sede fisica dell'istituzione" (mai veramente disertata), per contenere l'entità della sofferenza e le nuove manifestazioni sintomatiche che trovavano nell'evento pandemico un terreno fertile di affermazione psicopatologica.

B. LA TEMPESTA COVID-19: LA CLINICA ALLA PROVA DEL TRAUMA E DELLA SUA TEMPORALITÀ

Pensavamo che non sarebbe durato molto, il ritmo d'attesa e comprensione era quello che oscillava bisettimanalmente. Un tempo regolare, ma tutto sommato imprevedibile. Una bilancia precisa ed ansiosa allo stesso tempo. Una volta capito che sarebbe durato, abbiamo

messo il pensiero gruppale ed istituzionale, la sua creatività, al servizio della ricerca di nuove soluzioni di "continuità e sopravvivenza". L'emergenza ed il contenimento proposto dalla "legge" dovevano incontrare "i principi del progetto terapeutico" offerto dal centro ai suoi pazienti, tenendo conto delle singolarità cliniche di quest'ultimi. Siamo ben consapevoli che il momento del trauma non è un momento di metaforizzazione, ma un tempo nel quale occorre una prima breve e rapida analisi del problema, delle sue contraddizioni, dei suoi rischi e delle possibilità che lascia apparire. Tuttavia, la prima vera e grande difficoltà è stata quella di garantire la continuità terapeutica, delle cure, e di mantenere "viva" la struttura, il legame con i pazienti e la dialettica fra questi due termini della clinica. Di conseguenza, fin dall'inizio del primo confinamento (il 13 marzo era considerata la data ufficiale in Belgio), la temporalità delle azioni intraprese dall'istituzione ha seguito i ritmi delle attività che "precedevano" l'arrivo della pandemia, cercando di spostare in un luogo altro le diverse pratiche terapeutiche del centro.

È stata creata, a tal fine, una permanenza telefonica continua (durante le otto ore di lavoro previste dal centro). Un terapeuta assicurava la permanenza al mattino ed un secondo nel pomeriggio. Lo scopo era anche quello di assicurare un ascolto clinico ed una permanenza fisica negli spazi istituzionali, evitando il sentimento di abbandono e di desertificazione che molti luoghi del quotidiano stavano già subendo per tutti noi. Abbiamo cercato di rispondere alla necessità di un ascolto, di una presenza, nel tentativo di rassicurare i pazienti e di offrire loro uno spazio psicoterapeutico (seppur distante fisicamente). La continuità del lavoro clinico è stata da noi intesa anche nel senso del prendere cura della "matrice", del luogo fisico dell'istituzione, spazio depositario di una memoria terapeutica e di un'identità condivisa, di oggetti prodotti materialmente dai nostri pazienti, ma anche da parti del sé in essa depositate dagli stessi ed in attesa.

I tempi di ammissione e di fine soggiorno terapeutico hanno continuato ad essere rispettati, così come i tempi del dialogo con le altre istituzioni, con gli altri attori ed organismi sociali (comunitari e politici) implicati nella presa in carico dei pazienti. Bisognava tentare di mantenere la logica e la temporalità del lavoro istituzionale anche per garantire un funzionamento di rete (istituzionale di cura) più ampio,

che andava nutrito in tutta la sua complessità. Tuttavia, la situazione rimaneva incerta e proprio il funzionamento di rete e la collaborazione esterna, i legami sociali e politici, iniziavano ad indebolirsi, a risultare contraddittori, forse in virtù della dispersione dei luoghi, delle funzioni e delle responsabilità. Il rapporto fra centro e pazienti rimaneva quindi prioritario, il focus, quasi una dimensione esclusiva dato che per molti di loro “Imago” rappresentava l’unico appiglio, l’unico abbozzo di legame percepito.

Un primo punto di svolta all’*impasse* pandemica è avvenuto nel maggio del 2020: è stato elaborato un protocollo speciale dal coordinatore (in rapporto al progetto terapeutico ufficiale), con l’obiettivo di assicurare e mantenere il legame, la continuità terapeutica con i pazienti attraverso una maggiore flessibilità ed adattabilità del progetto terapeutico stesso. Tale protocollo era motivato soprattutto dalla necessità adattarsi alla situazione critica e di mantenere un “movimento” vitale nella presa in carico in un momento di grande pericolo di scioglimento psicopatologico per i nostri pazienti e di crisi per l’istituzione. Trasformare l’esperienza di “riunirsi” quando fisicamente non si poteva più, stare insieme a distanza trovando nuovi compromessi, non è stato facile. Il movimento è, infatti la base, e abbiamo dovuto adattarci a un movimento più lento per tutti, una temporalità statica, ma da ricostruire assieme sulle fondamenta del passato, sulle linee transferali di alleanze e conflitti terapeutici precedenti alla pandemia quali memorie implicite del gruppo e dell’istituzione.

La funzione del gruppo terapeutico è stata, in quel momento, anche quella di trovare una dialettica tra le esigenze delle autorità politiche (CODECO⁵²) e quelle dei pazienti. Come trovare un compromesso creativo rispettando la legge? Come mettere in discussione le regole senza trasgredirle? Dovevamo trovare un modo per oltrepassare la paura e lo sfaldamento dei legami che iniziava a prendere forma e i tempi erano quelli dell’urgenza. Ed è questo “tentativo”, questa ricerca a dispetto di ogni difficoltà, che ha rassicurato i pazienti. L’intenzione, lo sforzo, divenivano la prova, l’evidenza che “stavamo lot-

⁵² Comitato di Concertazione che all’inizio trasmetteva delle indicazioni politico-sanitarie ogni venerdì pomeriggio. In funzione delle direttive bisognava riadattare o trasformare il progetto ed i programmi terapeutici.

tando”, che non li stavano abbandonando (né loro né i luoghi del quotidiano pre-pandemico), rispettando al contempo le garanzie (a volte assurde) che la legge proponeva e le necessità individuali (queste ultime spesso difficili da intuire, definire, riaffermare). Il centro ed i suoi lavoratori si trovavano in quel momento ad affrontare gli stessi problemi logistici e le stesse limitazioni dei pazienti. Essere dentro e fuori al pandemico, esserne oggetto passivo da un lato e soggetto attivo (come clinici) dall’altro, in una prossimità transferale del tutto nuova per noi terapeuti. Prossimità transferale ed esperenziale complicata dalle distanze reali (fisiche soprattutto). Bisognava “fondare” un altro territorio dell’incontro. Il virtuale, in modo transizionale, ci ha molto aiutati a tal proposito.

Le prime attività ad essere “impiantate” (nel senso di Jean Laplanche) nello spazio (istituzionale) virtuale sono state: una pagina online del centro (con le principali indicazioni pratiche legate ai nuovi orari e alla nuova organizzazione), una pagina di cultura (con gli eventi attivi nella città di Bruxelles o nel virtuale stesso), alcune attività come la “palestra virtuale” (attività prima presente nel centro), uno spazio per i giochi di società e i videogames. Lo scopo era quello di continuare a mantenere le stesse attività terapeutiche nel legame, attraverso il gruppo, anche a distanza. C'erano anche delle pagine per un'organizzazione ed un “piano pasti” per le persone con maggiori difficoltà alimentari e d'autonomia. Altre pagine includevano indicazioni sul dove poter realizzare una spesa sociale, le vaccinazioni, una pagina per richieste amministrative o mediche più specifiche, ecc. Pagine utili e luoghi d'incontro nei quali continuare a “resistere” ed esistere, pagine virtuali attraverso le quali tenere il contatto con il mondo esterno ed istituzionale (in una logica di continuità e cura, appunto). Queste “pagine” cercavano di rispondere in maniera specifica alle caratteristiche peculiari della psicopatologia e della sofferenza di ogni paziente, anche se “a distanza”. In questo senso, un passaggio significativo nella realizzazione di questa “prossimità nella distanza” è stata proprio l'azione proposta dal coordinatore: il ripensare un nuovo contratto terapeutico che mantenesse in vita anche la matrice istituzionale e i “luoghi” del legame pre-pandemico.

Volevamo tutelare e continuare a dare un'importanza significativa al progetto terapeutico, resistendo al tempo stesso all'assurdità del

“mondo esterno” che generava un profondo senso di instabilità e di insicurezza attraverso le informazioni (spesso enigmatiche o contraddittorie) dei media. Resistere, in quel momento, voleva dire anche tentare di comprendere o costruire nuovi significati assieme e per riuscire era necessaria una forte identificazione gruppale. Forse proprio perchè il gruppo terapeutico, in quel momento in particolare, si identificava molto con i giovani adulti (*target* dell’intervento clinico) che l’identificazione speculare ha permesso un appoggio reciproco alla sfida in istituzione. Una complicità strutturante quasi immediata che ha autorizzato i terapeuti a prendere dei rischi, ad osare pensare altre soluzioni alla crisi. Un versante forse “onnipotente”, rischioso all’inizio, che ha permesso però di non retrocedere su alcuni punti etici istituzionali, di resistere all’angoscia e di sfidare le logiche melancoliche che si prospettavano. La *creazione artistica* quale supporto alla terapeutica ha inoltre contribuito a quel processo di cura e trasformazione, fondamentalmente clinico e creativo, che si oppone all’attacco contro i legami, all’impensabile pandemico e alle sue risonanze attraverso le sofferenze individuali.

C. II PROGETTO TERAPEUTICO: UNA COSTITUZIONE DA RINEGOZIARE DI FRONTE ALL’EMERGENZA

Su iniziativa della psichiatra Nicole Calevoi, il progetto di cura psicoterapeutica “Imago” è stato concepito fin dall’inizio come un:

sistema terapeutico per più persone⁵³. Vale a dire, un incontro tra organizzazioni psichiche singole e di gruppo, attraverso la creazione di un quadro terapeutico collettivo, la cui coerenza va costruita in base agli orientamenti teorici, agli investimenti transferali, alle esperienze e competenze personali e gruppali (di pazienti e terapeuti).

Un sistema terapeutico che prende forma e vita grazie all’adesione collettiva ad un patto di lavoro e a un linguaggio terapeutico-clinico

⁵³ Testo fondatore dell’istituzione “Imago”: “*Lorsque la symbolisation fait défaut: le concept d’un centre de jour*. Calevoi N., & Wolff E.”.

comune, pur nella differenza delle identità professionali e nel dialogo fra arte e clinica. Si tratta di una combinazione di concetti della psichiatria di comunità e istituzionale, di un approccio medico-psico-sociale alla cura, della riabilitazione psico-sociale e della terapia sociale. Un progetto di realizzazione di programmi terapeutici a finalità comunitaria attraverso l'utilizzo di tutto ciò che l'*ambiente sociale* ed il contesto più ampio possono offrire alle persone in grande sofferenza. La partecipazione e la reintegrazione ad una vita comunitaria e culturale per questi pazienti è una delle finalità più importanti del lavoro del centro. L'universo politico, sociale, culturale deve dialogare con la terapeutica per dare alle persone l'opportunità di un'iscrizione significativa in un mondo complesso e in continua trasformazione. La necessità diviene tanto più significativa in tempi traumatici come quelli pandemici.

Gli obiettivi clinici specifici che l'istituzione si è data fin dall'inizio sono quelli *condensare le parti del sé non mentalizzate*, non simbolizzate o scisse, allo scopo di ridurre la sofferenza psicologica sentita ed espressa dai pazienti, nell'ottica di una costruzione identitaria più complessa e sfaccettata, più integrata. Si tratta di aumentare la capacità di mentalizzazione e di ampliare gli spazi per il *gioco*, i pensieri, le immagini, le rappresentazioni, le espressioni e la condivisione grupppale. Gli spazi gruppal (riunioni comunitarie, gruppi di parola e gruppi "cucina"⁵⁴, ad esempio), gli *ateliers* (laboratori che utilizzano l'arte ed il corpo per trasformare i vissuti di sofferenza) e lo spazio psicoterapeutico "classico" (sedute psicoterapeutiche individuali), rappresentano tre dei poli clinici significativi della presa in carico istituzionale, coscienti del fatto che "*...la cura psichica non evita la sofferenza: propone possibilità di adattamento e trasformazione*" (Roussillon 2007 p. 236).

La trasformazione di questa sofferenza necessita la realizzazione di percorsi esperenziali di cambiamento intensi, di sperimentazione di

⁵⁴ *Atelier* che implica una partecipazione grupppale alla scelta, preparazione e gestione del pranzo comunitario quotidiano (eccetto il mercoledì). Si tratta di un momento di responsabilità grupppale e luogo del connubio fra lavoro grupppale, impegno soggettivo e spazio del piacere possibile. Tutte le attività del quotidiano che implicano il «prendere cura» delle persone che stanno nel centro è concepito come terapeutico e quindi significativo.

dinamiche di investimento collettivo e sostegno ai processi d'identità e autonomia. Questo tipo di prospettiva clinica trova un quadro preciso, un'epistemologia e la sua etica, nella tradizione della psichiatria comunitaria inglese di Maxwell Jones o nel lavoro di Franco Basaglia a Trieste, e ancora nei principi della psicoterapia istituzionale di Jean Oury. Queste diverse prospettive cliniche sono coerenti nel riconoscere la centralità dell'elemento umano e nel porre l'accento sul principio fondamentale che i pazienti, prima di essere tali, *siano e rimangano innanzitutto dei cittadini*.

Nello specifico, il centro diurno "Imago" è attivo dal lunedì al venerdì, dalle 9:00 alle 17:00, ed il suo progetto terapeutico si rivolge a una popolazione di giovani adulti tra i 18 e i 30 anni vulnerabili allo sviluppo di psicopatologie e disturbi psichiatrici, o alla cronicità degli stessi.

Molti di questi pazienti hanno già fatto esperienza di un periodo di ricovero in ambito psichiatrico più o meno significativo. Questi disturbi, dovuti in parte allo specifico ciclo di vita che è il passaggio dall'adolescenza all'età adulta (dalle crisi prevedibili e ad altre di natura traumatica), li espongono (in modo singolare e specifico) a rotture evolutive più o meno importanti: vissuti depressivi, ansie specifiche, *acting out*, ripiego ed isolamento sociale, cortocircuito del pensiero, scompenso psicotico, comportamenti a rischio e comparsa di disturbi somatici e della personalità, solo per citare alcuni degli aspetti più sintomatici della loro sofferenza.

La psicopatologia di questi giovani adulti in divenire, unita alla perdita di punti di riferimento culturali e sociali e alla sensazione di discontinuità dell'identità percepita, incide negativamente sulla loro capacità di perseguire o impostare progetti di vita, in particolare in campo professionale. Tutto ciò è, inoltre, tanto più complicato da un contesto sociale già complesso e preoccupante (crisi ecologica, disoccupazione e precarizzazione generalizzate, guerre, pandemie, ecc.). In questo senso, tutti i cambiamenti interni ed esterni alla persona possono essere vissuti come un momento critico, pericoloso, di forte instabilità. Una minaccia per il funzionamento psichico individuale e grupppale. L'ansia e l'aggressività generate da questi *movimenti* fra individuale e sociale, possono essere proiettate (e rigiocate in senso winnicottiano) all'interno del setting terapeutico, sul gruppo quale regi-

stro transindividuale dell'esperienza (gruppo dei pazienti e quello istituzionale dei terapeuti) e sull'istituzione quale dimensione "politica". Questo tentativo di riproposizione *hic et nunc* delle esperienze di sofferenza e d'*impasse*, ci spinge costantemente ad inventare atteggiamenti e tecniche terapeutiche che sostengano i cambiamenti interni (riorganizzazione della vita psichica, ricostruzione dell'identità, del significato e dei desideri), parallelamente ad un lavoro dialettico con il mondo sociale e politico più vasto. *L'ancoraggio sociale all'interno delle mura* (funzione socializzante della comunità terapeutica e dei suoi spazi e tempi) *e all'esterno dell'istituzione* (progetti *extra-muros*, esperienze formative e laboratori pratici, contatti con organismi che si occupano del riorientamento professionale, sociale ed il sostegno economico e socio-sanitario), *rappresentano i due spazi d'appoggio e di strutturazione della soggettività*, il luogo della dialettica identitaria che il sintomo scinde spesso.

Il sistema istituzionale di "Imago" propone quindi una serie di *attività di gruppo e di mediazioni* con finalità terapeutiche: mediazioni comunitarie (incontri comunitari, accoglienza, gruppi di cucina, gruppi di discussione, ecc.), mediazioni fisiche e sportive (Qi-gong, sport, attività fisiche in rapporto alla natura ed ai contesti urbani, ecc.), mediazioni artistiche e culturali (ceramica, scrittura ed arti plastiche, disegno, canto, ecc.) o digitali (laboratorio di videogiochi, laboratorio video, ecc.). La *mediazione terapeutica* sostiene la relazione terapeutica, come terzo significante e come luogo-strumento di trasformazione transizionale e strutturante fra soggettività e soggettività (al plurale) e gruppo (gruppi). Il mezzo (ed il setting che lo sostiene), permette a ciascuno di dare forma ad un'esperienza emotiva, affettiva, cognitiva e relazionale attraverso una produzione fisica, artistica, individuale o di gruppo. Le attività terapeutiche si svolgono in laboratori programmati durante la settimana e "prescritti" sulla base di un "contratto terapeutico personalizzato".

Ogni *atelier* ha un proprio quadro di riferimento: animazione, numero di partecipanti, luogo, durata, accessibilità (aperta, semi-chiusa, chiusa), scelta di mezzi e materiali, destinazione delle produzioni e finalità. L'intera attività clinica, i suoi processi, vengono costantemente discussi e ripensati per circa tre ore nella *riunione clinica dello staff* (settimanalmente) e durante due ore circa (settimanalmente) in un *dispositivo di riflessione clinico-dinamica* nel quale il lavoro di

ogni singolo paziente viene abordato nella sua dimensione soggettiva ed istituzionale. In questo spazio, in termini teorico-clinici, *le diverse parti dell'esperienza terapeutico-istituzionale del paziente vengono ricomposte in un mosaico significativo volto alla sua comprensione*. In questo senso, il pensiero su ogni singolo paziente viene “raccolto” a partire dalle esperienze transferenziali e controtransferenziali che attraversano il suo lavoro, le sue produzioni materiali (in *atelier*) e osservando la dinamica gruppale con gli altri pazienti, nei diversi spazi collettivi e nell’informale degli interstizi istituzionali.

L'approccio di gruppo e le attività a mediazione terapeutica permetteranno di dare un *focus* particolare ad alcune resistenze al cambiamento e mettono a lavoro la psicopatologia nello spazio del legame. L'acquisizione soggettiva di conoscenze sul funzionamento di un gruppo offre ai pazienti, inoltre, la possibilità di ri-conoscersi attraverso una funzione “riflettente”, di specchio, per andare oltre le dinamiche in scacco che riguardano l'identità e la sua costruzione.

Il centro conta in genere un numero di circa 18/20 pazienti (limite legale previsto per il servizio) e i suoi professionisti appartengono alle diverse aree di formazione medica e paramedica. Le nostre “funzioni”, per quanto fondate su epistemologie, formazioni ed identità diverse, rispondono allo stesso obiettivo di *presa in carico e cura della sofferenza psichica*.

L'approccio socio-terapeutico al lavoro clinico con la sofferenza psichica, che non avremo il tempo di approfondire in questo breve scritto, postula la funzione terapeutica di ogni attore istituzionale e la necessità di una riflessione gruppale sulla stessa. La complessità della psicopatologia e della sua cura in istituzione necessitano e si appoggiano a questa multidisciplinarietà, alla complessità teorica che implica. La centralità delle dinamiche transferenziali e controtransferenziali, i processi e le dinamiche gruppali, la funzione del collettivo e il riferimento alla psicoterapia istituzionale (oltre che all'epistemologia psicanalitica), rappresentano delle coordinate teorico-cliniche essenziali, condivise e costantemente discusse dall'intera *équipe*.

Riprendendo l'obiettivo di questo scritto, bisognerà ricordare che nel momento d'arresto imposto dalla pandemia alle attività istituzionali (oltre che alla temporalità, al pensiero e alla società intera), caratterizzato dall'obbligo di confinamento, la priorità del centro è stata quella di assicurare *la continuità delle cure*, come preoccupazione

centrale, ma anche come *conditio sine qua non* dell’etica e del lavoro istituzionale. In questo processo di continuità, un ruolo centrale ha rivestito il nostro *progetto terapeutico e il modo in cui è stato concepito/costruito*. In effetti, questa “carta costitutiva”, un’identità istituzionale (*fluida* oseremmo dire oggi), ha permesso di mobilitare l’*équipe* per consentire alla creatività e all’etica di porsi al servizio dei pazienti.

Tuttavia, rimaneva aperto il problema del “come poter rimanere *dentro* le regole politico-sociali ed istituzionali” di fronte ad un’emergenza mai conosciuta prima dal centro. Rimaneva fortemente problematico, nei termini dei fondamenti del progetto terapeutico, continuare ad appoggiarsi clinicamente al lavoro gruppale e alle sue dinamiche trasformative, ritrovare attivamente l’intensità della mediazione (artistica, fisica, ludica, ecc.) e della coterapia in *atelier*, di poter osservare le dinamiche transferenziali istituzionali all’opera, *lontani dall’esperienza “fisica e corporea diretta” che ha caratterizzato la clinica e la sensorialità prepandemica*. Probabilmente, il progetto terapeutico non era scindibile, non completamente almeno, dai luoghi e dagli spazi dell’istituzionale.

D. LA MATRICE: IL LOCUS DELLA TERAPEUTICA PER LA CLINICA ISTITUZIONALE

Lo spazio, nel quale il tempo ed il moto vengono riattivati, non è uno spazio qualsiasi. Il luogo in questione è, infatti, nel caso del centro diurno “Imago” *la casa* (la *maison*), quale spazio appunto delimitato che si integra architettonicamente nel quartiere che lo accoglie. Questo luogo di cura non si denota in negativo, pregiudizialmente, per la sua funzionalità (come luogo di cura specifico della “psicopatologia”). Su suggerimento del coordinatore d’Imago, Cédric Lagarde, ci riferiremo a questo luogo (che non è certamente solo lo spazio che occupa, lo spazio fisico e topologico) con il termine di *matrice*. Nulla in esso rinvia al possibile stigma della psichiatria o alle caratteristiche di un luogo di reclusione della sofferenza reciso dal mondo circostante. Questo *luogo fisico*, epicentro di una memoria pre-peri e post-pandemica, ha permesso a pazienti e terapeuti localizzare un punto di riferimento “concreto”, *un corpo nel reale della crisi e nell’instabilità*

pandemica. Il luogo fisico-istituzionale di “Imago” non ha mai smesso di essere pensato, investito ed abitato durante la pandemia. Prima dai suoi professionisti, che si davano dei turni per realizzare delle permanenze e per non “abbandonare” i luoghi del quotidiano, poi gradualmente anche i pazienti si sono manifestati e “materializzati”, secondo i numeri e i modi previsti dalla legge, ma soprattutto grazie alla capacità del centro di rimodellarsi nell’uso degli spazi, nella conversione delle sue funzionalità, nell’estetica dell’accoglienza. Riabitare gli spazi del quotidiano istituzionale ha rappresentato un aspetto simbolico, un atto clinico fondamentale per i pazienti: quello di non disertare i luoghi della memoria e della costruzione collettiva, facendosi protettori dei luoghi già investiti trasferalmente. Inoltre, la consapevolezza del rispetto delle regole, della “legge”, da parte dei professionisti del centro (e della loro direzione amministrativa), ha rassicurato ed invitato i pazienti a mettersi in gioco e a riabitare il centro a loro volta. Sapevano che non li stavamo mettendo in pericolo per ragioni ideologiche. Un graduale ma rapido processo di riappropriazione, antidoto ad ogni desertificazione della memoria e contro il melancolico istituzionale, ha ripreso piede già dopo un mese dal primo confinamento.

La cosiddetta “malleabilità del mezzo” che fa riferimento alla flessibilità terapeutica ed istituzionale di fronte alla crisi, non si riferisce solo alla possibilità di adattamento dei diversi “spazi e tempi” alle norme sanitarie, ma alla *capacità di traslare gli stessi in altri luoghi e tempi dell’incontro terapeutico*. L’universo virtuale (all’inizio soprattutto) ha, ad esempio, assicurato una prima continuità e questo spostamento. Una vera *estensione del quadro* terapeutico ed istituzionale. Un lavoro di *spostamento* (e *condensazione*, simile in un primo tempo alle dinamiche oniriche) che ha rappresentato uno strumento di estrema efficacia terapeutica nel permettere di continuare a tenere attivi ed investire i legami con i pazienti. Inoltre, il compromesso “ibrido” fatto da alcuni terapeuti nel creare delle permanenze telefoniche (in particolare per ciò che riguarda le sedute psicoterapeutiche individuali) *nel centro fisico dell’istituzione*, nella casa, nella *matrice*, ha permesso di ancorare in quello spazio una continuità storica ed esperienziale, *una fantasmatica condivisa*.

Questa scelta istituzionale ha permesso, inoltre, di spostare gli in-

vestimenti *immaginari* e disordinati dei pazienti in un luogo conosciuto, dotato di senso e di una temporalità diversa da quella del sospeso. Un luogo per certi versi “identitario”, dove *parti del sé* erano ancora *depositate* ed in attesa di una nuova rielaborazione, di una traduzione possibile.

Alcuni ateliers erano stati in quei giorni “riattivati” da remoto proprio da questa *base sicura* che era il centro reale, fisico, dai terapeuti responsabili ed i pazienti ne sono stati “rassicurati”, quasi sorpresi. Non credevano, infatti, che il centro potesse “sopravvivere” laddove altre istituzioni (come la scuola, la famiglia, ecc.) a stento riuscivano a tenere. Le attività di direzione medica, di coordinamento, d’organizzazione e realizzazione degli ateliers, partivano quindi proprio da questa “matrice” storicamente definita nello spazio e nel tempo, nella memoria di pazienti e terapeuti.

Il virtuale diveniva un’*estensione* del reale, in un rapporto di continuità (delle attività) e d’identità. Mantenendo le riunioni comunitarie (che implicano la presenza dell’intero gruppo di pazienti, più la psichiatra in veste di direttore medico ed il coordinatore) e i gruppi di parola (con almeno due psicologi), entrambe a distanza, l’*ibridazione del mezzo* iniziava a saldare esperienze, cognizioni, azioni, a costruire temporalità e narrazioni che aprivano a nuove elaborazioni collettive. Lo stesso, d’altronde, ha iniziato a funzionare per l’uso di altri spazi virtuali (pagine che davano delle informazioni pratiche sulla pandemia, ma non solo), gruppi di discussione (intorno a tematiche ben definite, legate agli interessi e alle sofferenze dei pazienti), sedute terapeutiche (psicologiche) individuali, ricette e diete adeguate (in rapporto con il gruppo “cucina”, che prima si occupava di preparare i pasti del centro), sport ed esercizi fisici da realizzare da casa per continuare ad occupare e mettere a lavoro i pazienti, i loro *corpi in sospeso e in esilio*.

Un’attività continua ed intensa che ha gradualmente ripreso spazi e tempi del pre pandemico, dopo circa un mese dall’esordio del confinamento. Dopo 15 giorni dal primo confinamento, in effetti, il centro è stato già riabitato dai professionisti, che hanno velocemente riorganizzato le attività seguendo una triplice direzione della pragmatica organizzativa, una triplice declinazione della matrice stessa: *presenziale, virtuale ed ibrida*. L’esperienza terapeutica nel centro diurno aveva cambiato forma, estetica, ma non la sua etica, né il suo senso.

Nell'ambito della psicoterapia istituzionale, che rompe con la logica ospedaliera classica o, peggio, con l'agire repressivo della reclusione stigmatizzante nei confronti della sofferenza psichica, il centro diurno "Imago" occupa lo spazio concreto d'*una casa inserita nel tessuto urbano* di Anderlecht, un comune situato nella regione-capitale di Bruxelles. Non bisogna sottovalutare il fatto che *il luogo di cura è terapeutico (oppure no) di per sé* attraverso la sua architettura, la sua atmosfera e la sua estetica⁵⁵. Nel caso del centro diurno "Imago", si tratta di una casa moderna, sobria, ben inserita nel tessuto architettonico del quartiere. Nessun "segno distintivo" ne definisce la funzione (solo una piccola placchetta all'esterno ne riprende il nome). Tuttavia, questa matrice originaria che "è *il e nel* luogo", dà forma alle dimensioni gruppali, alle configurazioni istituzionali e alle rappresentazioni individuali dei soggetti che la abitano. Stabilisce il confine tra dentro-fuori e definendo i limiti con l'*extra-muros* ne configura l'interno psichico, un'epidermide identitaria. La matrice fornisce, inoltre, un luogo e un tempo per contenere l'espressione pulsionale, le sue trasformazioni e rappresentazioni. Fornisce punti di riferimento visivi, tattili, uditivi e sensoriali, che fungono da memoria (e non solo di lavoro) individuale e collettiva. Partecipa al movimento dei *corpi nello spazio* e alla qualità degli scambi e della comunicazione. È anche un motore affettivo che genera investimenti relazionali significativi (attaccamenti, ricordi, emozioni). Contribuisce attivamente, inoltre, al contenimento fisico e psicologico dei pazienti.

Per riprendere il lavoro di Winnicott sulla nozione di *holding*, la matrice e l'atmosfera che si sviluppa al suo interno, fungono da contenitore psichico e da perimetro mobile di lavoro, che ha subito notevoli modifiche estetiche e funzionali durante la pandemia. Ciononostante, i luoghi di *sempre* sono rimasti "in vita", trasformandosi nella forma e nell'estetica per venire incontro alle misure sanitarie, ma soprattutto per rispondere alle esigenze di movimento, di cambiamento da parte di tutti. La matrice è divenuta il luogo di un legame da rimodellare, da ridefinire.

La pandemia, in effetti, ha stravolto il quadro delle attività, ma non il linguaggio né l'identità dell'istituzione. Le riunioni cliniche, ad

⁵⁵ Molto interessanti sono, in questo senso, gli ultimi lavori teorico-clinici di Domenico Chianese, Jean-Paul Matot e di Cosimo Schinaia.

esempio, sono proseguite con la stessa frequenza e struttura grazie all'applicazione *Zoom*. Per quanto riguarda le riunioni comunitarie (tutti i lunedì mattina), i terapeuti si sono recati al centro per facilitare l'attività, per fornire un punto di riferimento reale, comune e gli incontri sono stati mantenuti con la stessa frequenza. Lo spazio dal quale ci si connetteva (per i terapeuti) era l'istituzione, come più volte sottolineato, e non una sua immagine. I luoghi, per l'appunto, non sono mai stati abbandonati, e il virtuale, lo schermo, hanno fatto rivivere ad alcuni pazienti l'esperienza del ri-trovarsi, ri-vedersi, anche se inizialmente dietro un *filtro* sconosciuto nel suo nuovo utilizzo istituzionale. Inoltre, in base alle raccomandazioni sanitarie ci siamo occupati dello spazio modificando la disposizione degli arredi, l'ambiente, per una nuova possibilità di accoglienza.

Le disposizioni per il rispetto delle distanze di sicurezza, la segnaletica e i protocolli di “sicurezza” per l'accoglienza dei primi pazienti “in presenza”, hanno avuto un impatto sull'atmosfera istituzionale, *una strana sensazione di estraneità e familiarità al tempo stesso per pazienti e terapeuti*. A dispetto della sospensione pandemica, le attività terapeutiche riprendevano velocemente e, in effetti, il centro come “luogo fisico” è rimasto chiuso all'accoglienza dei pazienti per soli 15 giorni. Giorni nei quali siamo stati reperibili telefonicamente e in linea e su una pagina web istituzionale. Da subito però la prima preoccupazione, accanto alla continuità terapeutica, è stata quella di *mettere in atto una serie di azioni che rendessero possibile il “riabilitare” gli spazi della cura e del lavoro terapeutico*, l'istituzione, matrice. Nei luoghi dell'istituzione, infatti, erano depositati anche tutti i lavori pratici e le produzioni (artistiche e non solo) che i pazienti avevano realizzato durante il loro soggiorno pre-pandemico ed alcune attività e progetti si erano interrotti bruscamente. Non appena il servizio ha riaperto abbiamo accolto i pazienti per le diverse attività terapeutiche e i colloqui clinici, con i tempi (più lenti) e gli spazi (più dilatati) che la realtà e la legge permettevano. Abbiamo poi riadattato i programmi terapeutici individuali e gruppali, le diverse attività, rivedendo ogni 15 giorni l'organizzazione terapeutica in funzione delle esigenze sanitarie che provenivano dall'universo politico. Alcune attività si sono realizzate di presenza nel centro, e altre virtualmente, utilizzando strumenti digitali (soprattutto per i grandi gruppi). Attività

in presenza, attività virtuali e ibridazione delle due forme, si interconnettevano nella necessità di *mantenere vivo il gruppo terapeutico*, di *continuare ad abitare i luoghi fisici dell'istituzione*, ma soprattutto di *rispondere alle esigenze di cura dei singoli pazienti*. Ad esempio, la riunione comunitaria ha continuato a svolgersi il lunedì mattina. La versione virtuale è iniziata alle 10:00, anziché alle 9:30 per facilitare i tempi di comprensione e adattamento a questo nuovo supporto da parte di tutti, terapeuti e pazienti.

La familiarizzazione con la nuova tecnologia è stata parte del lavoro di adattamento e di negoziazione, di compromesso con i pazienti. Una costruzione imprevedibile ed *in itinere*. Fin dall'inizio, tuttavia, abbiamo proposto un quadro chiaro e condiviso, con nuove regole per la gestione degli spazi virtuali, come l'accensione della telecamera, la scelta di una stanza privata per non essere disturbati e mantenere una certa forma di riservatezza, o ancora la necessità di avere un abbigliamento adeguato per connettersi e, certamente, la puntualità. I partecipanti hanno mostrato, nello spazio del virtuale, parti di sé che non avevano mai varcato la soglia del centro, come i luoghi intimi interni alle loro abitazioni (dettagli o messaggi specifici inviati volutamente agli altri), la presenza di animali domestici, un'estetica dell'arredo, ecc. Tutti aspetti di una soggettività difficili da reperire oltre le soglie dei luoghi privati di vita o in istituzione. Uno *spazio transizionale* fra privato ed istituzionale da definire, da delimitare certamente, ma da accogliere clinicamente per metterlo al lavoro.

Non c'era alcun obbligo di partecipazione alle attività “in linea” o “di presenza” del centro, ma c'era tuttavia una forte spinta, un piacere nel rivedersi, d'essere rassicurati che tutti stessero bene e che *l'istituzione fosse ancora lì*. Gli scambi, inizialmente, a dispetto delle finalità e delle specificità degli *ateliers* e degli altri spazi gruppalì, riguardavano soprattutto *l'attualità e le paure generate dalle conseguenze della pandemia*. L'importante era ritrovarsi, vedere che eravamo ancora lì, ognuno con la propria storia o con degli aneddoti sempre nuovi da raccontare. Così il gruppo ha assunto la forma di un mosaico di finestre e volti che dal virtuale si affacciava ogni giorno sull'istituzione e che ben presto (in particolare a partire da maggio 2020) ha ripreso ad abitare e a ritrovarsi “come prima” nel centro diurno. Il “corpo istituzionale” del gruppo era in pieno mutamento, le forme del

suo vedersi, pensarsi, ritrovarsi passavano transizionalmente dal virtuale al reale e viceversa.

Pian piano tutti gli attori del centro, pazienti e terapeuti, hanno manifestato il desiderio di ritornare a vedersi dal vivo, ed il centro, in qualche mese (e rispettando le regole sanitarie) è tornato a ripopolarsi e a riprendere la sua continuità storica. In questo *nuovo ritorno*, dopo il periodo di stupore determinato dall'arrivo della pandemia, alcune abitudini e dinamiche cliniche pre-pandemiche (il silenzio, le scissioni, le resistenze, ad esempio) hanno ripreso piede in istituzione.

Era l'evidenza che il lavoro ripartiva o riprendeva le sue forme cliniche più "tipiche", localizzate, sintomatiche. Gli spazi, nel frattempo, avevano subito delle modifiche significative e trasformazioni estetiche e funzionali importanti e grazie a ciò *il movimento non si era arrestato*. Sembrava essere il segno del *contributo collettivo alla trasformazione e all'adattamento reciproco*. Processi necessari nel far fronte all'immobilismo che la siderazione traumatica e l'incertezza del futuro proponevano, in maniera diversa, a terapeuti e pazienti. Il *segno* più evidente di tale movimento, o del suo passaggio, lo "portavano" però *l'atmosfera, l'estetica e lo spazio fisico del centro*. In questo senso, il presente contributo teorico è forse anche un tentativo di riflessione proprio *sulla centralità terapeutica e clinica del luogo fisico, della sua architettura e della sua funzione estetica*. Questo ancoraggio topico, architettonico ha probabilmente permesso ai pazienti di "Imago" di non perdersi nell'atopia della confusione e del traumatico che la pandemia aveva inaugurato. Luogo ed identità, matrice e costruzione narcisistica, sembravano aver trovato un'articolazione significativa nel terapeutico dell'istituzione durante l'emergenza pandemica.

E. FRA METAMORFOSI E *CHIMERE*, IL DESTINO DI UN'ISTITUZIONE TERAPEUTICA DI FRONTE ALLA PANDEMIA

Nos chimères sont ce qui nous ressemble le mieux.
(Victor Hugo, *Les misérables*, 1862)

Uno dei primi tentativi d'incontro ed invito rivolto ai pazienti in

istituzione, nella fase peripandemica, è stato rappresentato dall'organizzazione di un *atelier* di arti creative miste (che comprendeva vari strumenti d'arte plastica), con lo scopo di fornire uno spazio di accoglienza e di attività che li incoraggiasse ad uscire dall'isolamento, per rimettere a lavoro l'*impensabile che aveva colonizzato le nostre esperienze* in quei giorni. Abbiamo così trasformato la sala comunitaria, dove di solito consumiamo assieme i pasti e viviamo dei momenti di convivialità e di informalità, in una grande sala d'arte, in un grande laboratorio.

Siamo riusciti ad ospitare sei pazienti al giorno, per due ore circa, durante l'*atelier* artistico. È stato stabilito in anticipo uno spazio di lavoro e ogni partecipante si è sistemato nella propria "postazione" per limitare gli spostamenti, secondo direttive sanitarie precise. Una sorta di *topologia individuale da allargare progressivamente*. Due terapeuti-facilitatori erano inoltre a disposizione del piccolo gruppo per garantire il corretto svolgimento dell'*atelier*. Al centro della stanza era stato sistemato un tavolo sul quale erano stati disposti i materiali e gli strumenti necessari. I pazienti potevano scegliere i mezzi messi a disposizione nella stanza e *avviare una nuova produzione o continuare una produzione interrotta a causa della crisi sanitaria* (i lavori e le produzioni precedenti rimanevano in istituzione, a disposizione dei pazienti, in una sorta di *archivio personale*).

Ogni giorno il laboratorio ha accolto pazienti diversi, in alternanza, in modo da poter permettere a tutti di beneficiare almeno di un *atelier* settimanale. Pian piano tutte le altre attività cliniche significative come i gruppi di parola, gli altri *ateliers* terapeutici, le visite guidate e le escursioni esterne al centro, le attività d'orientamento formativo, ecc., hanno velocemente ripreso il loro corso.

Sul modello del precedente *atelier*, che invitava alla possibilità di ritrovarsi, di rimettersi "a lavoro clinicamente", svoltosi però all'inizio della ripresa delle attività (ad un mese circa dal primo confinamento), un'altra esperienza aperta al movimento ha preso forma nel dicembre del 2021. La differenza rispetto al primo *atelier* sopracitato e che stavolta la produzione era collettiva (implicava allo stesso modo terapeuti e pazienti) e che l'oggetto avrebbe trovato la sua collocazione in sede. In altri termini, si trattava della *produzione comune di un oggetto istituzionale* che avrebbe occupato (estheticamente) uno spazio comune (da definire assieme) in istituzione. Si trattava di un

nuovo invito a ritrovarsi in uno spazio comune, transizionale, di passaggio istituzionale: l'androne. Anche in questo caso, una varietà significativa di materiali d'arte plastica è stata messa a disposizione di tutti, in un luogo aperto al passaggio di pazienti e professionisti. Lo scopo era anche quello d'incontrarsi negli interstizi istituzionali, nell'informale del legame, in un *atelier* "extraterritoriale" che rilanciasse il piacere del ritrovarsi e dello stare assieme in istituzione proprio quando il "discorso pandemico" sembrava eclissarsi (anche se il fenomeno in sé, in modo altalenante, non smetteva d'inquietare la società).

L'iniziativa è stata intrapresa da due terapeuti di Imago, Soline Potteau e Martin Goldwicht, ed ha rappresentato il preludio di un'esperienza singolare che descriveremo brevemente in chiusura di questo scritto. Si tratta della costruzione di un *oggetto istituzionale*, non definito fin dall'inizio. Una graduale metamorfosi plastica che ha permesso di raccogliere e localizzare attraverso il lavoro artistico e pratico, vissuti e fantasie emergenti da ogni partecipante e, forse, di *riattivare degli elementi scissi del tempo sospeso del traumatico istituzionale*. Questo *atelier* e l'oggetto la cui costruzione non era ancora definita, *né immaginabile*, sarà rapidamente designato poi (dai due terapeuti che si sono occupati d'inquadrarne il progetto e di accompagnarlo) come *l'atelier della "costruzione di una chimera"*.

Imago è un'istituzione che è stata *sognata*, come ci ricorda la fondatrice e direttore medico del centro. Un'istituzione che è stata in movimento e trasformazione sin dall'inizio, un'istituzione libera di definire il proprio progetto terapeutico. Probabilmente, anche quest'origine ha contribuito all'idea che *non si trattava solo di adattarsi al vissuto pandemico e farvi fronte, ma era necessario soprattutto pensare e vivere una trasformazione, una metamorfosi terapeutica ed istituzionale*. Nel caso delle conseguenze immediate dello *shock* pandemico per "Imago", bisognava lottare contro l'idea che il gruppo (terapeutico e dei pazienti) fosse stato spazzato via dal virus, che il collettivo fosse "morto o morente", e l'istituzione svuotata, saccheggjata, abbandonata. Una lotta contro il vissuto soggettivo ed istituzionale di annichilimento melancolico. Ognuno, inizialmente, ha cercato di farvi fronte individualmente, aggrappandosi alla memoria, alla storia del centro, alle esperienze condivise, al legame specifico con ognuno dei

pazienti e dei colleghi, alla funzione federativa ed identitaria del progetto terapeutico. Probabilmente, la ricchezza e la varietà dei profili professionali (educatori, ergoterapeuti, artisti, psichiatra, psicologi, assistente sociale, ecc.), ha contribuito a proteggere l'istituzione e l'ha predisposta ai cambiamenti di prospettiva, alla complessità, all'adattabilità fondata su una "babele" di linguaggi ed epistemologie rispetto alle quali è stato necessario fermarsi nuovamente, trovare un compromesso ed una semiotica comune. In effetti, la dialettica continua, la semantica complessa e multidisciplinare che prende forme a partire dall'incontro con le differenze che "operatori" del centro incarnano, *costringe e permette al tempo stesso un costante lavoro di costruzione-decostruzione identitaria*. Inoltre, i pazienti sono investiti trasferalmente e trasferiscono parti diverse di sé su questa complessità, sui suoi diversi attori. Linguaggi, immaginari e simboliche s'incrociano in un gioco complesso, in un mosaico "significante e potenzialmente significativo". Proprio in questo contesto complesso da un punto di vista transferale, multidisciplinare per scelta e *critico* al tempo stesso (a causa di una pandemia di cui non si conoscevano i contorni, né i tempi o le conseguenze), un'esperienza unica ha preso forma in istituzione. Probabilmente proprio grazie a questa *pluralità dialettica* unita alla necessità di sopravvivere, di comprendere, *di continuare a mantenere in vita i nostri pazienti e il senso del nostro lavoro* (la nostra identità di clinici) che una *produzione comune* ha potuto prendere forma ed un *oggetto istituzionale* palesarsi. Siamo stati attori terapeutici e oggetto dello stesso lavoro di costruzione e *figurabilità*. *Somministravamo a noi stessi e all'istituzione il procedimento di elaborazione post-traumatica di cui i pazienti sembravano già beneficiare nei diversi ateliers*. Evidentemente, non ne eravamo inizialmente consapevoli e la stessa produzione avrà un senso e un effetto d'*après-coup del traumatico* solo qualche tempo dopo l'attività e la realizzazione della *chimera*, ed in particolare nel tempo consacrato al ricordo di quel periodo critico con lo scopo di redigere e scrivere il presente articolo.

La chimera, la sua costruzione, è un lavoro iniziato verso la fine del periodo pandemico e terminato dopo qualche mese: un'opera di

ferro e cartapesta⁵⁶. Un'ossatura forte sulla quale costruire una nuova epidermide (Anzieu D. 1995) e dare forme alle più profonde fantasie, paure e forse anche ai più inimmaginabili desideri. Materiali, forme, colori, musiche, dialoghi, silenzi, scambi, passato, presente. Di tutto ciò questo oggetto *è stato avvolto*, ricoperto. La chimera è divenuta portatrice, supporto significativo e simbolico dell'agire pulsionale dell'istituzione. Questa forma estetica, questo *totem*, nato all'interno delle mura dell'istituzione ha implicato tutti (*pandemos*), terapeuti e pazienti, imponendosi come progetto complesso costruito in un periodo critico, peri e post-pandemico. Probabilmente abbiamo costruito una "forma estetica" che ci ha permesso di *simbolizzare l'evento e la mostruosità di ciò che stava accadendo*, di avere l'illusione di controllarlo, di non esserne sopraffatti. La morte era ovunque (nei discorsi) e da nessuna parte (a causa della scomparsa dei rituali legati al lutto). Il lavoro sulla chimera è divenuto un'attività così significativa in istituzione (e visibile) che era difficile resistervi, sfuggirvi, non esserne pulsionalmente tentati o invitati a lasciarvi una traccia. Una localizzazione dell'irrappresentabile, *un totem* come risultato del ricordo della sopravvivenza dell'istituzione al crollo e della sua *metamorfosi estetica*. *Un oggetto comune da una serie di oggetti parziali e disseminati caoticamente* fra virtuale e reale, fantasmatico ed immaginario, corporeo e psichico, negli interstizi degli incontri *di presenza* in istituzione. Tutti, in momenti diversi della giornata, partecipavano alla costruzione della "chimera", si trattava di un'attività trasversale alle altre. L'oggetto, messo a disposizione nell'androne del centro, invitava ognuno a portare il proprio contributo. Nessuno vi ha rinunciato, apportando i propri colori, le proprie forme, incollando pezzi, oggetti, fornendo consigli, occupandosi di scegliere la musica da ascoltare durante questo particolare lavoro, oppure, ancora, semplicemente osservando quest'oggetto prendere forma. La chimera diveniva gradualmente *la presenza di qualcosa d'indefinito*, rimpiazzando lo spazio psichico ed istituzionale occupato dal *negativo* (Green 2011) e dalle sue declinazioni. Momenti di grande prossimità, di silenzi, danze improvvisate, risa fra terapeuti e pazienti, hanno caratterizzato la sua

⁵⁶ La sequenza e le fasi dei lavori di costruzione della chimera sono ripresi nella serie di foto riportata alla fine di questo articolo.

realizzazione, la sua *atmosfera cangiante*. La chimera (o la sua costruzione piuttosto) come *luogo del legame e dell'elaborazione simbolica del tempo pandemico trascorso assieme e non solo*, ha rappresentato uno spazio apparentemente sicuro, transizionale, ma tuttavia *altro* rispetto alle attività del centro. Probabilmente, l'oggetto chimerico si riferisce alla *dimensione intima del gruppo*, a qualcosa dell'esperienza che difficilmente poteva essere abordata fuori dal fattuale, *dall'agito della creazione artistica, dalla trasgressione condivisa del pulsionale gruppale*. Siamo in un simbolico non necessariamente verbale, proto-onirico, una sorta di "corpo dell'istituzione" che riprendeva forma *dalla sua colonna vertebrale*. Una sorta di spina dorsale che attraversa il centro, i suoi tre piani (fisicamente e realmente). L'oggetto finito, infatti, è stato fissato, sospeso (con un filo legato ad una barra metallica) nel centro geografico del "centro diurno". Paradossale che sia stato collocato in quel luogo che in francese viene definito "*la cage des escaliers*" (il vano scala), che tradotto alla lettera nel linguaggio simmetrico e generalizzato dei sogni (Matte Blanco 1975) corrisponderebbe in italiano alla "*gabbia delle scale*". Un mostro imprigionato dunque, carico di significati. Un archetipo del traumatico che alla stregua dell'*Edipo a Colono* rappresenta un oggetto tragico e al tempo stesso *protettore dei luoghi* (un *genius loci*), dei suoi abitanti, che lo hanno accolto a dispetto della sua storia e della sua mostruosità deforme. L'ambivalenza di questo oggetto e la sua *enigmaticità* sembrano simbolizzare bene la dimensione traumatica nel suo aspetto più fenomenologico di immanenza e di rimosso, presente e assente, di resistenza e costruzione. In questa chimera, presenza silenziosa e a volte inquietante (per la sua dimensione e per il suo aspetto estetico) alla quale tutti devono ancora abituarsi, è racchiusa una storia non ancora tradotta, forse mai completamente traducibile.

Le parti che la compongono comprendono esperienze individuali e collettive in risonanza, rappresentando tutto ciò che è ancora a lavoro clinicamente, da trasformare, *ma dal quale siamo stati già in parte trasformati*. Una memoria traumatica che la creatività di terapeuti e pazienti ha rimesso a lavoro quale oggetto simbolico, plastico e malleabile. Un oggetto che permette un pensiero sul traumatico tra-

scorso e su quello *in sospeso*. Il confronto diretto con la sua rappresentazione, quotidianamente, è un primo tentativo di *figurabilità*. Questa creazione collettiva ci ha consentito di inscrivere simbolicamente, ma anche nella *realtà estetica del centro*, una rinascita collettiva ed istituzionale, una coesione di un gruppo che era stata fortemente danneggiata e messa in crisi nelle prime fasi dell'evento pandemico. Il lavoro non è ancora finito (ammesso che questa tipologia di lavoro, in un'istituzione terapeutica, possa avere davvero una fine) e ci sarebbe molto da scrivere *sulla nascita e sull'adozione* della chimera in istituzione, sulle *metamorfosi* che incarna e alle quali rinvia.

In conclusione, quindi, pensiamo che la chimera si configuri oggi come un oggetto d'appoggio al pensiero istituzionale, parte di una più vasta memoria storica del passato traumatico comune e del superamento dello stesso. Uno spazio dell'equivoco e dell'enigmatico istituzionale che, in quanto tale, può rappresentare un aiuto alla traduzione (Francis Martens 2019) e alla comprensione del nostro far fronte comune alla sofferenza.



Foto 1- costruzione di chimera, opera di ferro e cartapesta.



Foto 2- costruzione di chimera, opera di ferro e cartapesta.



Foto 3- costruzione di chimera, opera di ferro e cartapesta.



Foto 4- Chimera, opera di ferro e cartapesta.

BIBLIOGRAFIA

ANZIEU D. (1995). *Le Moi-Peau*. Dunod, Paris.

JEAN DE LA FONTAINE (1678) *Les animaux malades de la peste*.

LAPLANCHE J. ET PONTALIS J. B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF Ed., Paris.

FRANCIS MARTENS, IN LUCHETTI, A., (a cura di, 2019), *Sexuale. La sessualità allargata nel senso freudiano*. Ed. Mimesis, Sesto San Giovanni (MI).

GREEN A. (2011), *Le travail du négatif*, Les éditions de Minuit, Paris.

MATTE BLANCO I. (1975), *L'inconscio come insiemi infiniti. Saggio sulla Bi-Logica*. Giulio Einaudi Editore, Torino.

ROUSSILLON, R., (2007). Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale, in Ferrant A., Ciccone A., *Parte II Psicopatologia Sezione 1, Introduzione generale Capitolo 12, Definizioni: la guarigione*, p. 236. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson SAS.

VICTOR HUGO 1862, *Les misérables*, aforisma.

SECONDA PARTE:
GUERRA IN UCRAINA

11. DALL'UNIONE SOVIETICA DI STALIN ALLA RUSSIA DI VLADIMIR PUTIN. I PRODROMI DELLA CRISI UCRAINA

Michele Brunelli

Il 9 febbraio del 1946, in una Mosca ancora stretta nella morsa del gelo, Stalin, dal palco appositamente allestito al Teatro Bol'soj si apprestava a chiudere la campagna elettorale per l'elezione dei deputati che avrebbero dovuto andare a formare le due Camere del Soviet Supremo: il Soviet dell'Unione e il Soviet delle Nazionalità. Erano le prime elezioni dal 1937 e anche in quell'occasione Stalin (1950) aveva tenuto un discorso, durato poco meno di mezz'ora, nel quale asseriva che "Mai nella storia del mondo [v'erano] state elezioni così veramente libere e veramente democratiche... mai!", Stalin (1950 p.12). Pure allora, come in quel febbraio del 1946, al suo ingresso, il leader georgiano fu accolto da slogan di giubilo, inneggianti al suo ruolo di *Grande guida dei popoli* e da fragorosi applausi che si protrassero per diversi minuti, secondo una regia meticolosamente studiata, in risposta ai dettami del culto della personalità, che ormai era penetrata nel profondo nella società sovietica e che il successo della Grande Guerra Patriottica 1, come veniva ed è tutt'ora chiamata in Russia la Seconda guerra mondiale, aveva contribuito a consolidare. E fu proprio da quella tribuna che Stalin, nel 1946, tenne il discorso che può essere considerato una delle chiavi di lettura di tutta la Guerra Fredda e, da alcuni, preso a monito come una delle prime cause che andranno a plasmare il conflitto bipolare tra Stati Uniti e Unione Sovietica. In questo suo comizio, il dittatore georgiano asseriva che l'Unione Sovietica aveva contribuito come nessun altro Paese alla sconfitta del nazismo. Pesavano su questa asserzione gli oltre sette milioni di caduti durante il conflitto mondiale⁵⁷ e, anche in termini di

⁵⁷ Secondo la *Pravda* del 1946 le vittime della Grande Guerra patriottica ammontavano a circa sette milioni. Da studi successivi e sulla base di dati statistici più accurate la cifra salirà ad oltre 27 milioni di morti. Si vedano: Michael Ellman, S. Maksudov; "Soviet Deaths in the Great Patriotic War: A Note", in *Europe-Asia Studies*; Vol. 46, No. 4, Soviet and East European History (1994), pp. 671-680; Michael Haynes, "Counting Soviet Deaths in the

distruzioni infrastrutturali e danni all'economia, i territori della Russia bianca avevano risentito moltissimo dell'avanzata tedesca tra il 1941 ed il 1943. Stalin asseriva inoltre che non si sarebbero dovuti più commettere errori nel campo della difesa, lasciando sottendere che l'aggressione nazista del giugno del 1941 aveva sorpreso Mosca e le forze armate sovietiche si erano trovate impreparate dinanzi l'invasione tedesca, nonostante tutto fosse già stato scritto da Adolf Hitler nel suo *Mein Kampf* del 1925. Infatti, tra i punti salienti dell'ideologia e della strategia di Hitler v'era la necessità di conquistare i vasti territori ad est della Germania, per sostenerne l'espansione demografica e quindi economica e industriale. Agli inizi degli anni Quaranta non esisteva alcuna traduzione ufficiale in russo del *Mein Kampf*. Stalin lo fece tradurre per sé e, a margine di alcuni passi, scrisse alcuni suoi commenti, ripromettendosi di chiedere allo stesso Hitler di spiegare meglio alcuni punti, tra cui anche quelli del *Lebensraum* ad est. Ma l'Operazione Barbarossa impedì il confronto. Inoltre, Stalin alla platea riunita nel Teatro ribadiva di come sia la Prima che la Seconda Guerra mondiale fossero state causate dal capitalismo, e pertanto le nuove guerre sarebbero state inevitabili. Anche nell'immediato futuro. A tal fine l'Unione Sovietica si sarebbe dovuta quindi impegnare a fondo in un piano di riarmo, perchè era ancora circondata da Paesi nemici. Il consigliere politico del Dipartimento di Stato americano, Paul Nitze, dichiarò che questa allocuzione rappresentava una “dichiarazione di guerra ritardata contro gli Stati Uniti”, Cheney & Cheney (2015 p.45).⁵⁸ Contrariamente a ciò che pensava Nitze, si trattava invece di un discorso puramente elettorale, enunciato esclusivamente per una platea interna, teso a ricompattare la società sovietica, profon-

Great Patriotic War: A Note”; in *Europe-Asia Studies* Vol. 55, 2003 - Issue 2; pp. 303-309. Si veda anche: Подполковник С.Б. Еременко; “К вопросу о потерях противоборствующих сторон на советско-германском фронте в годы Великой Отечественной войны: правда и вымысел”; Министерство обороны Российской Федерации, <https://encyclopedia.mil.ru/encyclopedia/history/more.htm?id=11359251@cmsArticle>.

⁵⁸ Si veda anche l'intervista allo stesso Nitze, The National Security Archives, April 4, 1999; <https://nsarchive2.gwu.edu/coldwar/interviews/episode-24/nitze1.html>

damente provata dal conflitto. L'acceso nazionalismo – oggi lo definiremmo populismo – del quale il comizio di Stalin era particolarmente intriso, serviva per ridare vigore ai sovietici, infondere orgoglio e fiducia, spingerli a ricostruire il loro Paese, sull'esempio di Aleksej Grigor'evič Stachánov, un mito sin dalla metà degli anni Trenta per la retorica sovietica, costruito nelle miniere del Donbass, proprio oggi contese all'Ucraina. L'orazione non era dunque tesa a lanciare un guanto di sfida all'Occidente, ma era volta a riconoscere l'esistenza di un nemico esterno, quanto mai aggressivo e minaccioso e tutto ciò era funzionale alla politica di Stalin. Secondo George Kennan, ai tempi Incaricato d'Affari presso l'Ambasciata statunitense a Mosca, Stalin aveva bisogno di un mondo ostile per legittimare il proprio dominio autocratico.

Il dittatore georgiano aveva usato il marxismo-leninismo per instaurare una dittatura come una giustificazione per la tradizionale ed istintiva paura dell'URSS nei confronti del mondo esterno. Ed oggi più che mai – asseriva Kennan –, i sovietici non possono fare a meno di tutto questo.⁵⁹ Quella istintiva insicurezza russa alla base del discorso del Bol'soj era data dal ricordo delle campagne napoleoniche del 1812 e delle immagini di Mosca data alle fiamme per fare terra bruciata e lasciare l'armata francese senza possibilità di approvvigionamenti e, ovviamente, come ricordato poc'anzi, dall'Operazione Barbarossa, considerata un vero e proprio tradimento, palese violazione del patto Molotov-Ribbentrop siglato a Mosca il 23 agosto del 1939. Una paura profondamente insita nella società russa, in passato, così come oggi.

D'altronde è tipico e non solo dei regimi totalitari l'identificare un nemico esterno per distrarre la popolazione dalle problematiche interne, così come utilizzare una supposta o reale situazione di pericolo per giustificare la realizzazione di determinate politiche. Restando

⁵⁹ 861.00/2–2246: Telegram; The Chargé in the Soviet Union (Kennan) to the Secretary of State; Foreign Relations of the United States, 1946, Eastern Europe, The Soviet Union, Volume VI; Moscow , February 22, 1946; pp. 696-709; <https://history.state.gov/historicaldocuments/frus1946v06/d475>

nella casistica della Guerra Fredda, la pressoché totalità dei Paesi occidentali o comunque gravitanti entro l'orbita della NATO, tendevano a sopravvalutare il potenziale bellico sovietico, in modo da giustificare investimenti sempre maggiori per la Difesa e per la sua industria militare, sino ad appoggiare politicamente regimi palesemente dittatoriali o rei di violazione dei diritti più elementari, purché allineati, ovvero facenti l'interesse nazionale di Washington. L'Iran dei Pahlavi fino al 1978 o l'Iraq di Saddam Hussein dal 1980 tra gli altri, costituiscono un chiaro esempio di questa politica.

Oggi, l'eredità di quel lontano 1946 sembra riverberarsi su taluni aspetti dell'attuale politica della Federazione Russa ed in particolare sono tre le convinzioni che sin dai tempi dell'Unione Sovietica sono alla base della politica estera e militare russa: la prima è la sindrome dell'accerchiamento; la seconda la tradizionale insicurezza russa verso il proprio territorio santuario, considerato da sempre un obiettivo strategico da conquistare da parte di potenze "altre" ed un terzo elemento, che è andato plasmandosi storicamente e storicamente si è profondamente radicato nella società e nella politica russa è quello della Russia come grande potenza, ovvero di dover – o essere destinata – a ricoprire un ruolo preminente nella Storia del mondo. E ciò lo si può notare sin dai tempi di Ivan III il Grande, quando volle fare di Mosca la Terza Roma, Schaeder (1929). Si deve ricordare ciò che il monaco Filofej di Pskov, attorno al 1515 scriveva a Basilio - Vassli III, allora Granduca di Mosca: “*”il Principato di Mosca resta l'ultimo baluardo della vera fede. “Tutti i regni cristiani sono giunti alla loro fine e si sono fusi nell'unico regno del nostro sovrano”. “Due Rome sono cadute, ma la terza resiste e non ve ne sarà una quarta»*”, Filofej (2000, pp. 259, 261).⁶⁰ Un'affermazione ed una posizione quasi escatologiche che ponevano la Santa Madre Russia al centro di una missione storica.

⁶⁰ Sul concetto di Terza Roma si vedano altresì: Dimitri Strémooukhoff; “Moscow the Third Rome: Sources of the Doctrine”, in *Speculum*, Vol. 28, No. 1 (Jan., 1953), pp. 84-101; Marshall Poe; “Moscow, the Third Rome: The Origins and Transformations of a “Pivotal Moment””, in *Jahrbücher für Geschichte Osteuropas*, Neue Folge, Bd. 49, H. 3 (2001), pp. 412-429.

Stalin percepiva l'Unione Sovietica del Secondo dopoguerra circondata da nemici. Francesi, britannici e statunitensi erano rischierati nel cuore dell'Europa e occupavano Berlino, così come Vienna, ma anche Tokyo e l'intero Giappone, sconfitto grazie ad una nuova tanto formidabile quanto potente arma: la bomba atomica, di cui gli USA custodivano il segreto ed erano gli unici detentori.

Poco importava se le truppe sovietiche, e con esse i loro ufficiali politici, controllavano gran parte dell'Europa orientale, stazionavano in Manciuria (almeno fino al maggio del 1946, quando furono sostituite dalle milizie di Mao Zedong per farne un baluardo del comunismo) e riconquistavano l'isola di Sakhalin, perduta in seguito alla sconfitta della guerra russo-giapponese del 1905.

Ma dato ancor più importante, a differenza degli altri eserciti, l'Armata Rossa non smobilitava. Proprio per il timore della sindrome dell'accerchiamento, che troverà concretezza con la dottrina del contenimento di Kennan. Per far fronte a questo timore Stalin, così come aveva dichiarato al Bol'soj, manteneva dunque inalterato il proprio apparato bellico, non solo per difendersi, ma per far sì che l'URSS divenisse una grande potenza, poichè solo con la potenza militare ed economica si sarebbe potuto sconfiggere il nemico alle porte e quell'innato senso di insicurezza.

Per venire ad una situazione storicamente più vicina a noi, queste tre convinzioni erano riscontrabili anche nella Russia di fine anni Novanta, che, in un certo modo, Vladimir Putin si trovò a rilevare dalle mani tremolanti di Boris Eltsin, prima nell'agosto del 1999, quando venne nominato Primo Ministro, poi nel maggio del 2000 al momento della sua elezione a Presidente della Federazione Russa.

L'ex Vice Sindaco di San Pietroburgo, poi Direttore del Servizio federale per la sicurezza (FSB), ereditava una Russia circondata dalle truppe di eserciti che per cinquant'anni avevano rappresentato il nemico. Una Russia quindi militarmente in pericolo ed economicamente allo sbando, proprio come nel 1946. V'era ormai una convinzione diffusa che il Paese fosse soggetto ad una insicurezza militare; ma parimenti preoccupava anche la diffusa insicurezza economica, il che stava a significare soprattutto una insicurezza sociale, dopo che, sin dal 1922, anno di fondazione dell'Unione delle Repubbliche Socialiste Sovietiche, lo Stato, almeno teoricamente, si prendeva cura del proprio cittadino dalla culla alla tomba. Si trattava della caduta di

uno dei capisaldi fondamentali della mentalità popolare sovietica e ora che lo Stato si mostrava debole, incapace di soddisfare i bisogni basilari dei propri cittadini, ogni certezza sul futuro sembrava ormai diafana. L'immagine che Mosca restituiva era quella di uno Stato gracile, impotente, dopo che per cinquant'anni la propaganda aveva insistito sul mito della forza delle sue truppe e della superiorità con gli USA e che ora il mondo vedeva come la nazione che era uscita sconfitta dalla Guerra Fredda. Vinta. Ma che la Russia, così come la sua popolazione, non si percepiva tale. Debole sì, ma a causa delle contraddizioni interne di un sistema che non aveva retto l'urto economico della sfida lanciata da Ronald Reagan con lo scudo stellare: il grande *bluff*. Non sconfitta dalle truppe avversarie. Uno scrupolo ai tempi se lo fece la *Nato Review*, il mensile dell'omonima organizzazione sovranazionale militare la quale, in un articolo, provocatoriamente scriveva: “*La NATO ha vinto la Guerra Fredda. Ma qualcuno l'ha detto ai Russi?*” (Loftus 2018, p. 34). In questo consiste uno dei principali nodi irrisolti nelle relazioni e nelle percezioni tra est e ovest. Da un lato il mondo capitalistico, il liberalismo, la NATO, gli Stati Uniti e con essi l'Europa occidentale che si autopercepivano vincitori del conflitto bipolare. Secondo l'Occidente era una vittoria data dalla forza del proprio schieramento, ma che in realtà si era verificata per la debolezza intrinseca ed interna, soprattutto economica, del proprio avversario. E l'economia, prima sovietica, poi russa, all'indomani della dissoluzione dell'URSS nel 1991, non mancò di mostrare tutta la sua fragilità.

Mosca, così come i Paesi di nuova indipendenza, dal Baltico alle steppe dell'Asia Centrale, si trovarono improvvisamente ad operare in un contesto economico-finanziario complesso e globalizzato. Nel 1992, il primo anno di riforme economiche nella Federazione, i prezzi al dettaglio aumentarono del 2.520%. Tra il luglio del 1992 e l'ottobre 1995 il tasso di cambio della divisa nazionale passò da 144 rubli per dollaro a 5.000 rubli per dollaro. Nel 1998 il mercato azionario crollò (*ivi*).⁶¹ Vladimir Putin ereditava un paese allo sfascio. Nulla rimaneva della (percepita) grande potenza dell'URSS.

⁶¹ Si veda anche Palgrave Macmillan, Cham, 2018, p. 34 ss.; Lúcio Vinhas de Souza; *A Different Country: Russia's Economic Resurgence*, Centre for European Policy Studies, Brussels 2008.

Con un grottesco ed amaro eufemismo si può dire che la Russia di allora era alcolizzata come il suo Presidente, Boris El'cin, che passò da eroe della Casa Bianca - il Parlamento di Mosca, da lui difeso dal goffo tentativo di colpo di Stato dei vecchi brezneviani nell'agosto del 1991 -, a potente in declino e alcolista. Nancy Soderberg, Consigliere per la politica estera all'interno del *National Security Council*, raccontava di quanto Bill Clinton fosse ben consapevole dell'alcolismo di El'cin, tanto da programmare le telefonate con lui in orari il più possibile mattinieri, nella speranza di trovarlo sobrio.

Al contrario, capitava invece che il Presidente russo chiamasse Clinton in piena notte per fargli delle proposte stravaganti, come quando lo invitò a un *summit* segreto che si sarebbe dovuto tenere in un sottomarino.⁶² Quando morì, nel 2007, il settimanale tedesco *Der Spiegel* lo liquidò con un articolo il cui titolo era indicativo: "Ascesa e caduta dello Zar ubriaco"⁶³.

Alla profonda crisi economica andava assommandosi anche una serie di problematiche politiche interne. Dopo l'implosione dell'URSS, la Russia, e con essa anche il resto del mondo, riscoprivano le complesse e spinose questioni delle nazionalità del grande territorio ex sovietico che Stalin aveva cercato di risolvere con migrazioni coatte di massa, divisioni territoriali e purghe. La gestione di oltre 190 gruppi etnici minoritari all'interno della nuova Federazione, sorta sulle ceneri dell'URSS, richiese uno sforzo immane, soprattutto per impedire che le questioni nazionali esterne alla Federazione stessa, ma presenti ai suoi confini, in quelli che solo pochi anni prima erano stati territori integranti l'Unione, attecchissero anche al suo interno. Il Caucaso, con oltre cinquanta diversi gruppi etnico-religiosi rappresentava, allora come oggi, il punto più vulnerabile di tutto il Paese. Il pericolo, più che concreto, era che dopo aver assistito alla dissoluzione dell'URSS, anche all'interno della Federazione Russa, le vel-

⁶² Sugli aneddoti si veda: Taylor Branch; *The Clinton Tapes*, based on his interviews with the president.; Russell L. Riley; *Inside the Clinton White House: An Oral History*, Oxford University Press, New York, 2016.

⁶³ Si veda Von Jörg R. Mettke, *The Rise and Fall of the Drunken Czar*; *Der Spiegel* International, 24.04.2007 <https://www.spiegel.de/international/world/boris-yeltsin-rip-the-rise-and-fall-of-the-drunken-czar-a-479096.html>

leità indipendentiste di alcune piccole regioni autonome della Ciscaucasia, potessero innescare un effetto domino che portasse alla disgregazione della nuova entità, formata da 89 diversi soggetti amministrativi.

Dinanzi al dissesto economico-politico di una ex superpotenza, Putin, una volta salito al potere, nell'indifferenza dell'Occidente, asserì che sarebbe stato "l'uomo del Millennio". Si sentiva investito di una missione superiore, che sembrava richiamare le profezie di Filofej. E sin dal 2000 si impegnerà per risolvere le tre vulnerabilità di cui abbiamo fatto cenno: l'accerchiamento, il senso di insicurezza ed il fatto che la Russia non fosse più una grande potenza. La nomina di Putin a Primo Ministro coincise con l'improvvisa recrudescenza del conflitto nel Caucaso settentrionale, con i separatisti guidati da Šamil Basayev, leader della fazione islamista più radicale del movimento indipendentista della Cecenia, che si erano riorganizzati e avevano invaso il vicino Daghestan. Basayev fu sicuramente uno dei protagonisti indiscussi della seconda guerra cecena (1999-2009) e, paradossalmente, diede una involontaria spinta alla creazione del "personaggio Putin". Infatti, sia in Russia, sia all'estero, l'immagine pubblica di Vladimir Putin fu delineata dal suo deciso approccio al conflitto, che contribuì a gettare le basi del *putinismo* e del fascino dell'uomo forte. Una sedicente ideologia, che si farà seducente, man mano che andrà riempiendosi di contenuti: Patria, Famiglia, Religione, i pilastri sui quali costruirà la nuova narrazione sociale; e di strategie, volte a riportare in auge la Russia, soprattutto negli spazi internazionali.

Uno dei primi atti che compì diventando presidente *ad interim*, il 31 dicembre 1999, fu quello di fare visita alle truppe russe in Cecenia, andate a reprimere il tentativo indipendentista. Era il fronte interno. Una guerra contro il fondamentalismo di matrice religiosa e il terrorismo domestico che stavano dilagando sul territorio russo. Una problematica ancora per poco relegata dall'immaginario collettivo occidentale al Vicino e al Medio Oriente e che ora, nel disinteresse e nella sottostima occidentale, stava prendendo piede in alcune regioni remote del Caucaso russo. Da un punto di vista politico-formale quella della Cecenia non fu una guerra, ma una "operazione antiterrorista nel Caucaso del nord", come d'altronde il 24 febbraio 2022 nel suo di-

scorso televisivo il Presidente Putin definì quella ucraina una “operazione speciale”.⁶⁴ Sottigliezze lessicali, ma in politica e nel linguaggio giuridico hanno un’importanza fondamentale. Di ciò che successe in quelle remote regioni caucasiche ne parlò dettagliatamente Anna Politovskaja e, per i suoi libri ed articoli di denuncia, fu assassinata. Nonostante la forte repressione, il massiccio ricorso all’arma aerea con bombardamenti a tappeto per distruggere qualsiasi resistenza e ridurre al minimo il contatto diretto con le forze separatiste, il terrorismo nel Caucaso si estese presto anche nel cuore della Federazione, complice anche la mutazione da un Islam sufi, dialogante e conciliatore in un modello radicale, la cui matrice salafita penetrerà nel profondo delle società locali, che fungerà da catalizzatore, soprattutto per i giovani caucasici, decisi più che mai a vendicare i torti e le violenze subiti, ma anche ammalati dal sogno di poter fondare un Emirato nella regione: l’*Imarat Kavkaz* (Имарат Кавказ).

Si dice che Putin riuscì a guadagnare la presidenza grazie all’invasione del Daghestan da parte di sedicenti membri delle *Brigate Internazionali Islamiche*, che diede il via alla seconda guerra cecena, ma anche grazie ad un sanguinoso attacco terroristico che colpì il cuore della Federazione: le bombe nei Palazzi di Mosca, che causarono la morte di quasi 300 persone e di oltre 1.000 feriti; attentato rivendicato da un gruppo allora sconosciuto, l’*Esercito per la Liberazione del Daghestan*, che avrebbe operato in base a collaborazioni con ribelli islamisti. Il dissidente Sergej Kovalev, scomparso nel 2021 ed Aleksandr Litvinenko, il celeberrimo Colonnello del Servizio d’informazione militare (il GRU *Glavnoe razvedyvatel’noe upravlenie*), salito agli onori della cronaca nel 2006 per il suo rocambolesco assassinio commesso a Londra con il polonio, sostennero un ruolo diretto dell’FSB nei drammatici episodi del c.d. *Moscow bombing*. Secondo alcune ipotesi si sarebbe trattato di una sorta di strategia della tensione in chiave russa, atta a suscitare profonda indignazione sulla popolazione e riprendere con più vigore e veemenza la campagna cecena, ma anche per permettere al neo-Presidente di accreditarsi come uomo forte.

⁶⁴ Военная операция в Донбассе; <https://www.rbc.ru/politics/24/02/2022/62074b119a7947b0e49b36f7>

Vladimir Putin iniziò così a lavorare per eliminare il senso di insicurezza che ormai pervadeva non solo la società russa, ma gli stessi gangli del potere. Per far fronte alla drammatica situazione economica, con un *pactum sceleris*, iniziò allora a fare affidamento sul vecchio gruppo ristretto di oligarchi, arricchitisi sotto Gorbačëv ed El'cin. Protezione politica in cambio di fedeltà. I pochi che si opposero o non accettarono le proposte indeclinabili della nuova *élite* conosceranno le patrie galere. Come Michail Chodorkovskij, patron dell'azienda petrolifera Yukos, nel 2003 ritenuto l'uomo più ricco di Russia. Da allora l'ambizione fu cercare di riportare la Russia al presunto antico splendore. Da un punto di vista politico-territoriale vedeva però il suo territorio non solo eroso all'indomani della dissoluzione sovietica, con perdite territoriali enormi, visto che i confini arretrarono di quasi mille chilometri in Asia centrale, ma anche da una perdita del controllo su quello che veniva definito il suo *blizhnee zarubezhe* (ближнее зарубежье), il "vicino estero" o il *near abroad* di Mosca, concetto esclusivamente russo stante ad indicare i paesi ex membri dell'Unione Sovietica; sui quali Putin intendeva riportare l'influenza russo-slava; uno spazio che, all'indomani dell'implosione dell'URSS era stato progressivamente occupato, sia militarmente che culturalmente dall'Occidente.

Tornava preponderante in auge la sindrome dell'accerchiamento, provocata dal progressivo dislocamento di truppe e basi statunitensi in Asia centrale, che i Paesi di recente indipendenza avevano concesso a Washington in cambio di aiuti economico-commerciali. Basi che nell'ottica americana non erano capisaldi contro la Russia, ma preziosi avamposti per poter condurre la guerra al terrore, voluta da George Bush Jr. in seguito agli attacchi dell'11 settembre, tatticamente importanti per la campagna afghana del 2001, e per quella irakena del 2003, ma strategicamente fondamentali per far fronte alla minaccia potenziale posta dall'Iran – vero obiettivo della Casa Bianca –, che grazie alle basi concesse dai paesi centro-asiatici e dagli emirati del Golfo, risulterà essere completamente circondato dalla forza militare statunitense. Ma ciò non era per nulla percepito dal Cremlino. Anzi. Oltre a vedere la presenza statunitense nei territori centro-meridionali del suo *near abroad*, Mosca osservava con severa preoccupazione anche i movimenti sul suo fronte occidentale – il nostro fronte orientale –, la

ex Cortina di Ferro, come ebbe a definirla Winston Churchill nell'altro discorso iconico della Guerra Fredda, nel 1946 a Fulton.

I have conducted myself in ways not to complicate your life. That's why I have not jumped up and down on the Berlin Wall: con questa frase durante il summit di Malta nel dicembre 1989, a meno di un mese dall'apertura delle frontiere tra le due Germanie, George H. W. Bush intendeva assicurare a Michail Gorbačëv che gli Stati Uniti non avrebbero approfittato delle rivoluzioni in atto nei paesi dell'Europa Orientale per danneggiare gli interessi sovietici, sebbene nessuno allora si sarebbe potuto immaginare il crollo della Repubblica Democratica tedesca o una riunificazione dei due Paesi (Peter Baker, Susan Glasse 2021, p. 366.; Savranskaya, Blanton 2016, p. 538). Lo stesso Segretario di Stato James Baker, con la formula «*not one inch eastward*», nel febbraio 1990, ribadiva la non volontà di trarre vantaggi unilaterali dai processi in corso, in risposta al fatto che il Segretario del Partito Comunista dell'Unione Sovietica considerasse inaccettabile l'espansione della NATO. Sul piano militare si trattava di una questione più che legittima, soprattutto dal punto di vista dell'interesse nazionale russo. D'altro canto, gli Stati Uniti – ad eccezione del Capo della CIA Robert Gates – non intendevano maramaldeggiare. Tuttavia, da un punto di vista politico era invece nel pieno interesse nazionale dei singoli paesi dell'Europa dell'est aderire il prima possibile alla NATO, nella quale vedevano non un'occasione per rafforzarsi militarmente verso l'ex alleato – che ormai non spaventava più –, ma come l'anticamera per poter successivamente accedere nell'Unione Europea. Si trattava di una idea che era andata diffondendosi rapidamente e che aveva varcato anche i confini storici "naturali" dell'Europa propriamente detta. Lo stesso lo pensava infatti anche Michail Saakashvili, figura quanto mai controversa ed invisa a Mosca, che voleva portare la Georgia prima nella NATO, poi nell'Unione Europea. Mosca, ancora una volta, percepì tutto questo come una vera e propria espansione militare, nonostante i patti presi da Gorbačëv e Bush e con

quest'ultimo dai principali *leader* europei fossero diversi, come mostrano oggi anche una serie importante di documenti declassificati.⁶⁵

Ai russi la storia insegnava nei fatti che sia nel XIX che nel XX secolo era stata prima la Francia, poi la Germania ad invadere la Russia, mai – secondo la narrativa corrente – era avvenuto il contrario. A riprova di ciò in Russia non esiste ufficialmente il termine di Seconda Guerra mondiale, ma solo quello di Grande Guerra Patriottica, un conflitto che nella narrazione e nella propaganda nazionalistica è per sua natura difensivo, dimenticandosi troppo precipitosamente della Polonia (17 settembre 1939) e della Finlandia (30 novembre 1939) invase proprio dall'URSS con una guerra espansionistica. E quindi, sulla base della tradizionale insicurezza russa, anche oggi l'Occidente poteva avere un piano di attacco, non solo sul fronte europeo, ma anche centro-asiatico. Da allora l'obiettivo di Putin è stato quello di rafforzare al massimo la postura russa.

A. IL TENTATIVO DI RISCOSSA ECONOMICA

Innanzitutto, Vladimir Putin ha cercato di farlo in campo economico-industriale, puntando sul settore degli idrocarburi e ponendo la Russia quale fornitore privilegiato europeo, capace di dare garanzie di stabilità rispetto ai riottosi paesi del Golfo Persico. Grazie alla connivenza dei moderni boiardi di Stato e delle tre principali compagnie petrolifere e petrolchimiche, Gazprom, Lukoil, Rosneft la Russia può offrire oggi un pacchetto di 90-100 miliardi di dollari in *oil & gas* all'Occidente. Negli ultimi due decenni Putin ha inoltre cercato di sviluppare il paese (o meglio una parte di esso), con la compiacenza del suo circolo ristretto di oligarchi e di riportare in auge il settore dell'industria pesante, quella militare che, come ai tempi dell'URSS, non era solo un settore trainante della tecnologia, ma anche un importante bacino di consensi e di fedeltà al regime. Ciò facendo Putin si è assicurato l'appoggio non solo dei militari e delle loro famiglie, ma anche

⁶⁵ A tal proposito si faccia riferimento a US National Security Archive: https://nsarchive.gwu.edu/briefing-book/russia-programs/2017-12-12/nato-expansion-what-gorbachev-heard-western-leaders-early#_ednref1

quello delle decine di migliaia di operai che lavorano in un settore in espansione, soprattutto grazie ai clienti asiatici ed africani. Dopo una significativa contrazione della spesa militare, passata da 281 miliardi di dollari nel 1988 a poco più di 17 miliardi nel 1999,⁶⁶ ed i tentativi di riconversione dell'industria bellica falliti, l'industria per la Difesa russa ha saputo conquistarsi fette di mercato sempre maggiori, soprattutto quelle di India, Cina e di diversi paesi dell'Asia e dell'Africa, continuando ed implementando la produzione di armi convenzionali di epoca sovietica, ma anche migliorando la produzione nazionale di sistemi avanzati e di tecnologie, soprattutto per l'avionica. Durante gli anni Duemila, approfittando del clima di totale distensione, se non di aperta amicizia, Mosca varò una intensissima cooperazione con le imprese occidentali, garantendosi l'accesso a tecnologia avanzata. I governi occidentali hanno dato un importante contributo allo sviluppo dei programmi spaziali, finanziando programmi per il disarmo o lo smaltimento di missili e testate ormai obsoleti. Ciò ingenererà talvolta situazioni alquanto paradossali. Nel campo dello sviluppo di sistemi per la Marina, ad esempio, il Cremlino fu in grado di smantellare diverse decine di vecchi sottomarini nucleari costruiti ai tempi dell'Unione Sovietica grazie all'assistenza finanziaria occidentale, potendo così dirottare le linee di finanziamento nazionali prevista per quegli scopi verso la progettazione e realizzazione di sommergibili di nuova generazione.

Grande è stato lo sforzo profuso da Putin, il quale ha saputo evitare che anche questo settore venisse frammentato nella caotica competizione per le risorse durante la privatizzazione post-sovietica. Sotto il suo controllo l'industria per la Difesa ha seguito una rigida politica di consolidamento e soprattutto è stata riportata sotto il controllo e la proprietà – almeno formali – dello Stato. Anche il comparto strategico delle esportazioni, ripristinato nel primo quinquennio della sua presidenza, fu ricompreso all'interno della *Rosoboronexport*, sussidiaria di *Rostec*, la holding statale fondata dallo stesso Putin nel 2007 alla quale fanno capo oltre 700 aziende ritenute strategiche. Nel 2020, l'industria era composta da 1.367 grandi imprese e impiegava circa due milioni di persone, su una forza lavoro totale russa di 77 milioni, il 2,6% della

⁶⁶ Prezzi a valori costanti 2019. Si veda SIPRI, *Military expenditure by country*, in constant (2019); 1988-2020; SIPRI 2021.

forza lavoro. A questa si aggiungeva la filiera di altre 10.000 imprese) e gli armamenti rappresentano attualmente circa il 60% delle esportazioni russe ad alta tecnologia.

B. IL TENTATIVO DI RISCOSSA POLITICO NAZIONALE: LA CUSTODIA DEL “VICINO ESTERO”

Sul versante politico Putin ha inteso recuperare un ruolo proattivo di Mosca, in termini di influenza militare per poi ottenere influenza politica. Ecco quindi che, una volta concluse con la forza le crisi in Cecenia ed il Daghestan, due fonti di instabilità interne molto pericolose, poichè animate dallo spettro dell'integralismo islamico; Putin è passato ad intraprendere azioni armate fuori dai propri confini nazionali. Ed è così stata la volta della guerra in Georgia (2008) per l'Abkhazia e l'Ossezia del Sud: uno dei tanti scacchieri dimenticati dei conflitti congelati sulle questioni nazionali. L'avvicinamento progressivo della politica georgiana agli Stati Uniti ed all'Unione Europea – era chiara intenzione di Tbilisi di entrare nella NATO e di avanzare la richiesta di ingresso nella UE – avevano iniziato ad allarmare il Cremlino, che prese a pretesto la tutela dell'autodeterminazione delle popolazioni dell'Ossezia meridionale e dell'Abkhazia per attaccare la Georgia. Dopo le cosiddette “rivoluzioni colorate”, l'ondata di proteste popolari contro i loro governi in carica ritenuti filo-russi che dal 2003 interessarono alcuni degli Stati post-sovietici tra cui la Georgia e l'Ucraina, Mosca vide in esse una precisa strategia statunitense volta a portare avanti la progressiva espansione della NATO, riproponendo il cinturamento della Russia, proprio come ai tempi della dottrina del *containment*, durante la Guerra Fredda, ora però volta a rimuovere progressivamente l'influenza residuale russa verso l'enorme spazio ex sovietico. Nel caso specifico georgiano si scontrarono due interessi nazionali opposti: la Georgia voleva impedire la frammentazione del proprio territorio, minato dal separatismo delle minoranze etniche delle due regioni – Abkhazia e Ossezia del Sud – e voler legittimamente aspirare a condurre una propria politica estera e delle relazioni internazionali autonome, volgendo la sua attenzione sempre più verso Washington e Bruxelles; la Russia voleva riaffermare non solo la propria sfera di influenza, ma lanciare un preciso messaggio anche

all'Occidente e soprattutto agli Stati Uniti, che nella prima metà degli anni Duemila aveva proprio in Tbilisi il suo referente nel Caucaso. Infatti, la breve guerra tra Georgia e Russia, chiamata anche la "guerra dei cinque giorni", mediaticamente in parte offuscata dai XXIX Giochi olimpici di Pechino e il maldestro tentativo di Saakashvili di riportare con la forza sotto la sovranità nazionale le due regioni ribelli, fornirono al Mosca il pretesto per riaffermarsi come potenza nel Caucaso e, in un'ottica più ampia, servì a Vladimir Putin per tastare le reazioni dell'Occidente alla sua politica di proiezione di potenza sul suo *near abroad* e, nel contempo, per ribadire quale fosse il proprio "cortile di casa". La reazione dell'Occidente fu lenta e debole. Il Presidente francese Nicolas Sarkozy negoziò termini di cessate il fuoco che Mosca, nel corso degli anni, ha più volte violato senza subire conseguenza alcuna. Il Cremlino apprese così che l'Occidente preferiva ignorare o almeno minimizzare determinate posture russe, anche aggressive, in quello che Mosca definiva essere il suo vicino estero. E ciò costituirà un pericoloso precedente, così come dimostrerà la crisi del Donbass e l'annessione della Crimea nel 2014. Quella georgiana non fu un fulmine a ciel sereno, ma una crisi annunciata; almeno per chi avesse voluto o avuto l'attenzione di coglierne i segnali. Putin, presente al vertice NATO di Bucarest nell'aprile del 2008 per il Consiglio Russia-NATO – quindi pochi mesi prima la crisi georgiana – aveva apertamente dichiarato di considerare:

the appearance of a powerful military bloc on our borders, a bloc whose members are subject in part to Article 5 of the Washington Treaty, as a direct threat to the security of our country. The claim that this process is not directed against Russia will not suffice. National security is not based on promises. And the statements made prior to the bloc's previous waves of expansion simply confirm this" (President of Russia 2008).

Inoltre, dichiarò che se la Georgia e l'Ucraina avessero continuato il loro percorso verso l'adesione alla NATO, la Russia avrebbe potuto rispondere riconoscendo la secessione dell'Abkhazia e dell'Ossezia

del Sud dalla Georgia – come in realtà fece il 26 agosto del 2008,⁶⁷ e avrebbe potuto indurre una spartizione dell’Ucraina in due tronconi, staccando la parte filo-europea da quella filo-russa delle regioni orientali. Tali erano in effetti le due anime che, almeno negli ultimi decenni, avevano caratterizzato l’Ucraina e la sua popolazione. Una importante cartina di tornasole era data dai risultati delle elezioni presidenziali, sin almeno dal 2005, che vedevano le regioni occidentali accordare le proprie preferenze per i candidati filo-europeisti (Juščenko e Tymošenko), quelle orientali, ai confini con la Federazione al filo-russo Janukovič. D’altronde a margine dello stesso vertice, in uno scatto d’ira, Vladimir Putin aveva definito l’Ucraina una mera espressione geografica, cosa che agli occhi dei media e dei politici occidentali sembrò poco più di una *boutade*. I germi della crisi odierna erano già dunque ben presenti e visibili. Anche il Ministro degli Esteri Sergej Lavrov continuò sulla stessa linea, ribadendo che la Federazione Russa avrebbe fatto tutto il possibile per impedire alla Georgia e all’Ucraina di intraprendere la via verso l’ingresso alla NATO.⁶⁸ Avvertiva inoltre i Paesi membri dell’Alleanza Atlantica che il suo allargamento si stava trasformando in un problema sistemico, non solo nella più ampia compagine nelle relazioni tra la Russia e NATO, ma anche nelle relazioni bilaterali tra Mosca e quei Paesi dell’Alleanza che stavano appoggiando le velleità di Kiev e di Tbilisi. Gli faceva eco il Capo dello Stato Maggiore delle Forze Armate russe, il Generale Yuriy Baluyevsky, dicendosi pronto ad adottare non solo misure militari, ma anche di altro tipo. Tutto ciò per garantire i propri interessi

⁶⁷ Oltre alla Federazione Russa, attualmente l’Abkhazia e l’Ossezia del Sud sono riconosciute solo dal Venezuela, dal Nicaragua, da Nauru e dalla Siria. Si veda: Marilisa Russo, “Abkhazia e Ossezia del Sud: riconoscimento siriano”, Osservatorio Balcani e Caucaso, 15 giugno 2018: <https://www.balcanicaucaso.org/arec/Georgia/Abkhazia-e-Ossezia-del-Sud-riconoscimento-siriano-188474>

⁶⁸ Radio Free Europe – Radio Liberty, “Kyiv wants explanation from Moscow about Putin’s, Lavrov’s remarks”, Newline - April 11, 2008; <https://www.rferl.org/a/1144090.html>

lungo i suoi confini.⁶⁹ Al summit vennero quindi rifiutate le richieste di *membership* della Georgia e dell'Ucraina. Nonostante le pressioni statunitensi, Francia, Germania, Spagna e Italia⁷⁰ si opposero alla *Membership Action Plan* (MAP) della NATO di Ucraina e Georgia, affermando che nessuno dei due Paesi poteva dirsi pronto e, soprattutto, ribadirono che una tale mossa avrebbe rischiato di provocare la Russia. Alla fine, Putin ottenne ciò che voleva. Ma soprattutto sperimentò una linea d'azione che, in parte, sarà simile a quello a cui si è assistito per la crisi ucraina del 2022.

C. LA RISCOSSA POLITICO-INTERNAZIONALE: RI-ASSUMERE IL RUOLO DI GRANDE POTENZA

Così anche a livello internazionale, le varie presidenze Putin dell'ultimo ventennio sono state caratterizzate da un crescente tentativo della riaffermazione russa su un altro suo fondamentale e tradizionale interesse nazionale: uno sbocco sui mari caldi, utopica meta che unisce in una lunga linea rossa la politica zarista, a quella sovietica e oggi a quella della Federazione. E quindi si è assistito all'intervento – vittorioso – a fianco dell'Iran, della campagna siriana, attraverso la quale la Russia ha potuto consolidare le proprie posizioni nel Mediterraneo orientale, grazie al porto di Tartus. Si tratta di una base oggi in fase di ampliamento, che, grazie ad un accordo siglato con il Presidente siriano Bashar Assad nel 2017, consentirà al Mosca di utilizzare gratuitamente la struttura navale per 49 anni, di estendere la propria giurisdizione e di mantenere alla fonda una dozzina di navi da guerra. A questa si è aggiunta la base aerea

⁶⁹ “Russia army vows steps if Georgia and Ukraine join NATO”, Reuters, April 11, 2008; <https://www.reuters.com/article/us-russia-nato-steps-idUSL1143027920080411>

⁷⁰ “L’OTAN tempère les espoirs d’adhésion de la Géorgie et de l’Ukraine,” *Le Monde*, 7 Mars 2008; p. 5; Per una analisi più approfondita sulla questione dell’Ucraina e della Georgia nella NATO si vedano anche: CRS Report for Congress, *Enlargement Issues at NATO’s Bucharest Summit*; Washington D.C., April 18, 2008; Eunika Katarzyna Frydrych; “The Debate on NATO Expansion”, in *Connections*, Vol. 7, No. 4 (Fall 2008), pp. 1-42.

di Hmeimim (Khmeimim) a sud-est dalla città di Latakia, struttura strategica durante la guerra contro il sedicente Stato Islamico e per il consolidamento del potere e del controllo del territorio siriano da parte di Assad, ora punto fondamentale non solo per il controllo marittimo del Mediterraneo orientale e di parte del Vicino Oriente; ma soprattutto per la proiezione di potenza del Cremlino verso l'Africa e, in particolare verso la Libia. Qui la penetrazione russa si è fatta sempre più marcata anche in Tripolitania e nel Fezzan. Inoltre, sta estendendo la propria influenza il Sahel, grande regione nella quale la Russia sostituendo gradualmente l'influenza francese, sempre più in declino. Nell'ottica di Vladimir Putin, il riappropriarsi di una sua dimensione internazionale, giocando su scacchieri *out-of-area* come quelli che un tempo erano propri dell'URSS (Siria e Algeria), ma anche posizionandosi in aree tradizionalmente e storicamente sotto l'egida occidentale, nell'Africa subsahariana (Mali e Burkina Faso e Repubblica centrafricana), grazie anche all'impiego del *Gruppo Wagner*, compagnia militare privata, ma in realtà *longa manus* del Cremlino, è funzionale a riacquisire quel ruolo di potenza che la Russia deve ricoprire, poichè, storicamente, nella visione putiniana, è sempre stato così. E Vladimir Putin vuole porre rimedio a quella che definì la «più grande catastrofe geopolitica del XX secolo»: il crollo dell'Unione Sovietica, restaurandone l'antico splendore.

Con la crisi ucraina, dal punto di vista tattico, Putin ha inteso replicare in parte il modello georgiano, erodendo parte delle regioni dell'Ucraina, nel 2014 poi nel 2022 per renderla un suo Stato vassallo, a guisa della vicina Bielorussia, e trasformarla in uno Stato cuscinetto, in una barriera fisica e geografica da interporre tra il territorio santuario della Federazione e quelli dei Paesi membri della NATO. Dal punto di vista strategico con quella sedicente "operazione speciale" il Presidente russo ha invece voluto fare ciò che in realtà, almeno da un ventennio continua a dire, ma che in pochi hanno voluto o saputo ascoltare: rimettere in discussione il nuovo ordine mondiale, riconsiderare gli attuali equilibri internazionali o, meglio, secondo la sua visione i dis-equilibri delle potenze globali. La Russia oggi vuole affermarsi come potenza e contare politicamente sul proscenio della politica internazionale. L'Ucraina non è il destinatario, né il soggetto principale della questione. È uno strumento accessorio ma necessario per arrivare a sedere al tavolo con gli attuali due reali protagonisti delle questioni globali: Xi Jinping e

Joe Biden. Ma pare che siano proprio i due principali interlocutori a non voler dialogare con Vladimir Putin. La Casa Bianca è contraria a far concessioni a Mosca, soprattutto perché l'Ucraina rappresenta un attore attraverso il quale poter condurre una *proxy war* volta ad indebolire militarmente ed economicamente la Federazione Russa. Inoltre, per Washington, la congiuntura tra la crisi ucraina e la prospettiva di una crescente minaccia militare indiretta da parte della Cina verso quegli scenari di preminente interesse statunitense – Taiwan *in primis* – sta portando ad un sostegno *bipartisan* per un aumento della spesa del Pentagono, creando un'altra potenziale crescita per i produttori di armi che probabilmente si estenderà oltre la guerra in Ucraina. Il Congresso USA dovrebbe approvare in via definitiva il bilancio militare nazionale per l'anno fiscale 2022/2023, che dovrebbe raggiungere gli 858 miliardi di dollari, 45 miliardi in più di quanto richiesto dal Presidente Biden. È previsto anche un aumento per i fondi dell'Esercito (+55%), per implementare il comparto missilistico e per la Marina (+47%) per l'acquisto nuovi sistemi d'arma. La Raytheon Technologies si è già vista assegnare contratti per oltre due miliardi di dollari per la fornitura di sistemi missilistici per ampliare o rifornire le armi utilizzate per aiutare l'Ucraina, mentre la Lockheed Martin ne ha siglato uno da 950 milioni. Una situazione alquanto favorevole per l'industria della difesa statunitense e soprattutto per l'occupazione. Indirettamente però, l'interventismo putiniano sta provocando effetti opposti a quelli originariamente pianificati.

Ad oggi la crisi ucraina ha avuto l'effetto di ricompattare in parte una solitamente riottosa e divisa Unione Europa soprattutto sulle questioni di politica internazionale, ma soprattutto ha dato rinnovato vigore ad una alleanza, quella della NATO, che nel corso degli ultimi decenni non solo era alla ricerca di una sua nuova dimensione concettuale, ma le ha consentito di affrancarsi dalla pesante sconfitta, passata assai sottotono, subito in Afghanistan. Ha poi provocato un consenso pressoché unanime al riarmo europeo e a riportare la soglia degli investimenti per la Difesa sopra i due punti percentuali di PIL di ogni Stato membro. Pechino vorrebbe invece vedere questa crisi trascinarsi il più a lungo possibile in modo che Mosca, posta sotto sanzioni, divenga sempre più dipendente dalla Cina e questa possa assicurarsi la fornitura di petrolio e di gas a prezzi fortemente scontati, visti i problemi di *price cap* e di embargo, soprattutto in termini di transazioni finanziarie, che sta soffrendo oggi la

Russia.⁷¹ Il secondo obiettivo strategico perseguito dal Cremlino è anch'esso l'antitesi dell'insicurezza, dell'accerchiamento e della perdita di potenza: la Russia di Putin cerca il suo "*backyard*". Esattamente come gli Stati Uniti avevano fatto nel 1823 con la Dottrina Monroe: creare una zona di compensazione, una *buffer zone*, una vasta area di influenza sulla quale esercitare ogni forma di *soft power*, per mettere in sicurezza quella che già i primi studiosi di geopolitica, tra cui Halford Mackinder, consideravano essere l'*Heartland* – il *Cuore della Terra*. Mackinder chiamò questa immensa area *Heartland*, perché chi l'avesse controllata avrebbe guadagnato il dominio dell'intero Vecchio Mondo, ossia l'unione di Eurasia ed Africa, da lui chiamato *isola-mondo*. E chi avesse dominato quest'area strategica, avrebbe poi potuto dominare, tramite il controllo del *Rimland*, una grande zona cuscinetto protettiva, l'intero pianeta.

*"Who rules East Europe commands the Heartland;
Who rules the Heartland commands the World-Island;
Who rules the World-Island commands the world".⁷²*

Purtroppo, nella situazione odierna, da "*chi domina l'Heartland domina il mondo*" si è invece arrivati alla massima di George Orwell, *Chi controlla il passato controlla il futuro: chi controlla il presente controlla il passato*". La guerra è pace». "La libertà è schiavitù". "L'ignoranza è forza". È questa che sta prevalendo oggi in Russia, soprattutto a causa della forte censura messa in atto dal regime Un regime sempre più autoritario ed autoreferenziale che sta riportando il Paese, non più alla grandezza politica e militare, agognata e auspicata che poteva incarnare l'Unione Sovietica, combattendone gli spettri del nemico esterno, della sindrome dell'accerchiamento e del declino; ma alla sua più profonda e buia pagina della Storia recente: quella dello stalinismo più cupo.

⁷¹ "China buys Russian oil at multi-month low discounts, brushes off price cap"; Reuters Business, December 8, 2022; <https://www.reuters.com/business/energy/china-buys-russian-oil-multi-month-low-discounts-brushes-off-price-cap-2022-12-08/>

⁷² Halford John Mackinder; *Democratic Ideals and Reality: A Study in the Politics of Reconstruction* Henry Holt and Company, New York, 1919.

BIBLIOGRAFIA

- BAKER P., GLASSER S. (2021). *The Man Who Ran Washington: The Life and Times of James A. Baker III*. First Anchor Books, New York, p. 366.
- CHENEY, R. B. & CHENEY, L. (2015). *Exceptional: Why the World Needs a Powerful America*. Simon and Schuster, New York, p. 45.
- DE SOUZA L.V. (2008). *A Different Country: Russia's Economic Resurgence*, Centre for European Policy Studies, CEPS Paperback, Brussels, Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=1333123>
- ELLMAN, M., & MAKUDOV, S. (1994). Soviet Deaths in the Great Patriotic War: A Note. in *Europe-Asia Studies*; (46), 4, Soviet and East European History, 671-680.
- FILOFEI (2000). Filofei's Concept of the 'Third Rom, in Basil Dmytryshyn, ed. and trans., *Medieval Russia, A Source Book: 850-1700, Fourth Edition* (Fort Worth: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, 2000), pp. 259-61.
- FRYDRYCH, E.K. (2008). The Debate on NATO Expansion, in *Connections*, 7(4), pp. 1-42.
- GALLIS, P., BELKIN, P., EK, C., KIM, J., NICHOL, J., & WOEHREL, S. (2008). CRS REPORT for Congress: *Enlargement Issues at NATO's Bucharest Summit*. Washington D.C., April 18, 2008.
- HAYNES, M. (2003). *Counting Soviet Deaths in the Great Patriotic War: A Note*. Europe-Asia Studies, 55(2), 303-309.
- LOFTUS, S. (2018). *Insecurity & the Rise of Nationalism in Putin's Russia: Keeper of Traditional Values*. Palgrave Macmillan, Cham.
- MACKINDER, H.J. (1919). *Democratic Ideals and Reality: A Study in the Politics of Reconstruction* (Vol. 46399). Henry Holt and Company, New York.
- STALIN, J.V. (1950). *Speeches Delivered at Meetings of Voters of the Stalin Electoral District, Moscow*, Foreign Languages Publishing House, Moscow, pp. 7-18 in Pamphlet Collection.
- PRESIDENT OF RUSSIA; "Press Statement and Answers to Journalists' Questions Following a Meeting of the Russia-NATO Council", April 4, 2008. <http://en.kremlin.ru/events/president/transcripts/24903>
- POE, M. (2001). *Moscow, the Third Rome: The Origins and Transformations of a Pivotal Moment*; *Jahrbücher für Geschichte Osteuropas*, 49, 3: 412-429. DOI:[10.2307/41050783](https://doi.org/10.2307/41050783)

RILEY R. L. (2016). *Inside the Clinton White House: An Oral History*, Oxford University Press, New York.

SAVRANSKAYA S., BLANTON, T. S. (2016). *The Last Superpower Summits: Reagan, Gorbachev and Bush. Conversations that Ended the Cold War*, Central European University Press, p. 538;

SCHAEDEER H. (1929). *Moskau. Das Dritte Rom: Studien zur Geschichte der politischen Theorien in der slavischen Welt*, Walter de Gruyter GmbH & Co KG, Hamburg, Ed. 2020.

STRÉMOOUKHOFF D. (1953). Moscow the Third Rome: Sources of the Doctrine, in *Speculum*, 28, 1: 84-101

SITOGRAFIA

<https://web.archive.org/web/20170321042607/http://www.marx2mao.com/Stalin/SS37.html>

<https://history.state.gov/historicaldocuments/frus1946v06/d475>

<https://www.spiegel.de/international/world/boris-yeltsin-rip-the-rise-and-fall-of-the-drunken-czar-a-479096.html>

<https://www.rbc.ru/politics/24/02/2022/62074b119a7947b0e49b36f7>

<https://nsarchive.gwu.edu/document/16117-document-06-record-conversation-between>

https://nsarchive.gwu.edu/briefing-book/russia-programs/2017-12-12/nato-expansion-what-gorbachev-heard-western-leaders-early#_edn-refl

<http://en.kremlin.ru/events/president/transcripts/24903>

<https://www.balcanicaucaso.org/aree/Georgia/Abkhazia-e-Ossezia-del-Sud-riconoscimento-siriano-188474>

<https://www.rferl.org/a/1144090.html>

<https://www.reuters.com/article/us-russia-nato-steps-idUSL1143027920080411>

<https://www.reuters.com/business/energy/china-buys-russian-oil-multi-month-low-discounts-brushes-off-price-cap-2022-12-08/>

12. IL TRAUMA DELLA GUERRA NELLE BAMBINE, NEI BAMBINI E NEGLI ADOLESCENTI

Rita Di Iorio, Daniele Biondo

A. LE BAMBINE, I BAMBINI E LA GUERRA

La guerra è altamente traumatica nella fase dell'infanzia, poichè con il suo carico di lutti e distruzioni interrompe tragicamente la continuità esistenziale del bambino, il quale per la sua crescita evolutiva armoniosa ha bisogno dell'affetto e della protezione da parte del mondo adulto.

Da studi delle neuroscienze si può osservare nelle bambine e nei bambini traumatizzati un *imprinting negativo* depositato nella loro memoria implicita, una *memoria del rancore* che, come suggerisce Kancyper (2000), influenza dal momento dell'esposizione al trauma in poi tutti i loro rapporti con il mondo.

L'esperienza dell'impotenza associata all'esperienza traumatica sembra orientare le bambine e i bambini verso un modello di resa, come indicato da Krystal (1988-1993), che li spinge continuamente sull'orlo della disperazione.

Per questo spesso le bambine e i bambini che vivono l'esperienza della guerra sembrano spesso buoni, servizievoli, ma in realtà manifestano una difesa adattiva compiacente, che si presenta con una quiete apparente, che nasconde una sofferenza ancor più profonda e atroce, un senso di disperazione, una lotta interna continua per la sopravvivenza. Tale difesa nasconde il processo di precocizzazione del bambino che ha dovuto troppo smettere di essere bambino per occuparsi dell'ambiente e degli adulti. Per questo motivo le bambine e i bambini non parlano facilmente del dolore che la guerra provoca in loro, proprio perché da un lato non avrebbero la forza psicologica per avvicinarsi a loro dolore silenzioso, indicibile e inenarrabile e dall'altro vogliono difendere i genitori da loro dolore, per non dare loro ulteriori preoccupazioni e motivi d'angoscia.

Il dolore che scaturisce dalla guerra è ancora più incomprensibile per il bambino perché è inflitto da altri esseri umani che volontariamente vogliono far male. Proprio questo aspetto inerente la mancanza di una spiegazione logica accettabile per il bambino, che funziona per

categorie semplici di bene/male, contraddistingue il dolore crudele che il bambino vive: esso non è provocato da un evento naturale, ma è volutamente inflitto da altri esseri umani, per i quali il bambino nutre una naturale fiducia. La ferita psicologica nelle bambine e nei bambini coinvolti da conflitti bellici (spesso legata anche ad una ferita fisica e all'abuso sessuale per le bambine) diventa più difficile da affrontare anche perché è condivisa dall'intero gruppo umano di appartenenza, coinvolgendo così sia i coetanei che gli adulti di riferimento. Non c'è più nessuno a cui fare riferimento per portare il proprio dolore, visto che nella maggioranza dei casi non c'è l'immediata possibilità di ricevere aiuti umanitari, sia alimentari che sanitari.

Le guerre si combattono nelle città e nei villaggi coinvolgendo molte persone civili e facendo molti morti e possono durare anni, a volte decenni. Le bambine e i bambini sopravvissuti devono trovare un compromesso per sopravvivere a contatto con lutti, perdite dei genitori, di altri familiari e amici, perdita della propria casa e trasferimento in contesti lontani, comunque diversi dai loro luoghi quotidiani, costretti ad adattarsi in collocazioni precarie, in istituti, in rifugi, in altri paesi. Sradicati dal loro paese, terrorizzati dalle bombe e dalle immagini di morte e distruzione, sono bambine e bambini resi *fantasmi*, ai quali è stata rubata l'infanzia e che sono stati costretti a vivere sul registro della sopravvivenza annullando tutti i processi psichici più profondi. Per questo motivo il processo del lutto non può essere avviato dal bambino: esso deve essere bloccato, congelato in attesa di un periodo migliore. Le bambine e i bambini traumatizzati non possono permettersi di vivere il lutto attraverso l'espressione di sintomi depressivi, somatici, di sentimenti di delusione, rabbia, odio, il desiderio di vendetta. A volte la disperazione potrebbe alimentare le pulsioni distruttive di vendetta e di odio che possono spingere i bambini e i ragazzi ad abbracciare un'arma per uccidere il nemico. Ciò rappresenta un trauma doppio, poiché queste bambine e ragazzi vengono spinti, spesso forzatamente con minacce o con azione di plagio psichico, a diventar bambini-soldato. Sono bambine e bambini, ragazze e ragazzi che si ritrovano repentinamente rimbalzati dall'infanzia all'inferno della guerra e al contatto diretto con la distruzione.

Occorre considerare però che se le bambine e i bambini sono i soggetti più vulnerabili, sono anche quelli più resilienti, che riescono a trovare velocemente strategie di sopravvivenza: molti si estraniavano

dal contesto traumatico, oppure fanno gruppo dove condividere il dolore e la ricerca di nuove strategie di sopravvivenza e spesso riescono a trovare forme di gioco e di adattamento creativo altrimenti impensabili. Certamente i traumi subiti lasceranno le loro velenose tracce per tutto il percorso della loro esistenza. I traumi che non vengono elaborati non smetteranno mai di esprimersi attraverso sintomi di diversa natura e di elevata severità. Parlare solo di *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) forse è riduttivo, sarebbe più utile parlare di un mix micidiale che comporta *l'annullamento della personalità con risposte depressivo-aggressive-dissociative* accompagnate da diversi tipi di sintomi. Così come diverse potranno essere le capacità di resilienza: dallo sviluppo di una grande capacità di sopportazione alle avversità della vita, allo sviluppo di un ostinato desiderio di riscatto, dalla ricerca della giustizia per i danni subiti da loro e dai loro cari, all'impegno per la ripresa delle prerogative del proprio popolo e della propria cultura. Gli aspetti deficitari del funzionamento emotivo della bambina e del bambino traumatizzato influenzano profondamente la relazione con l'operatore, ostacolando la possibilità di creare una relazione di fiducia con lui. Tutto ciò rende queste bambine e questi bambini difficili da raggiungere a livello emotivo, poiché hanno organizzato una specifica difesa dal rischio di provare dolore. Ma nello stesso tempo sono bambine e bambini che hanno un gran desiderio di trovare un adulto affidabile al quale consegnare le loro ferite, con i quali riprendere a vivere. Occorre essere molto cauti nel proporre esperienze che rievocano direttamente l'esperienza dolorosa connessa al trauma e alla guerra, perché esse rischiano di angosciare troppo la bambina o il bambino e di irrigidire ulteriormente le sue difese. L'esperienza della separazione è particolarmente dolorosa da accettare per le bambine e i bambini fortemente traumatizzati, poiché temono il rischio di catastrofizzare, cioè di perdere tutto se stessi, quello che Winnicott ha definito *rischio del crollo dell'unità del Sé*. Ciò rappresenta uno dei principali ostacoli alla ripresa della loro crescita ed alla realizzazione della relazione d'aiuto con l'operatore psicosociale (educatore, psicologo o volontario) che implica inevitabilmente la tolleranza dell'esperienza del distacco e della frustrazione dall'operatore e dalle attività piacevoli che egli propone. Per tale motivo nel percorso d'aiuto occorre preparare per tempo la bambina o il bambino traumatizzato ai

momenti di sospensione dell'attività e di distacco dall'operatore. Occorre a questo punto chiedersi come affrontare traumi così massivi come quelli prodotti dalla guerra. È essenziale riconoscere immediatamente la traumatizzazione della bambina o del bambino attraverso l'osservazione del suo comportamento, in particolare del gioco spontaneo. Il *gioco ripetitivo* è una delle forme con cui si presenta la traumatizzazione: esso è una difesa adattiva, cioè un tentativo della bambina o del bambino di affrontare il senso di impotenza che caratterizza il trauma. La passivizzazione viene sostituita da una risposta attiva, il gioco. In questo caso il gioco (che ha perso le caratteristiche creative del gioco ordinario) ha lo scopo di riparare il danno quando il trauma viene rivissuto con ricordi intrusivi.

Una prima questione che abbiamo affrontato nell'intervento con le bambine e i bambini traumatizzati riguarda la possibilità di modificare le loro reazioni ai traumi prodotti dagli eventi bellici. Da un punto di vista scientifico, la ricerca internazionale nel campo delle neuroscienze ha evidenziato che il trauma produce cambiamenti psicologici reali come per esempio una ritardatura del sistema d'allarme del cervello: il trauma aumenta, infatti, il rischio di mal interpretare il significato di una situazione rischiosa, producendo un sistema d'allarme difettoso, il quale a sua volta dà vita a facili scoppi d'ira o collassi psichici, un incremento dell'attività degli ormoni dello stress e un'alterazione nel sistema deputato a discriminare le informazioni rilevanti e quelle irrilevanti. Nelle bambine, nei bambini e negli adolescenti il trauma ha effetti ancora più dannosi, considerato che il cervello non si è ancora formato e di conseguenza gli effetti dissociativi del trauma tendono a condizionare tutto il successivo sviluppo psichico. Il trauma determina la compromissione dell'area del cervello che trasmette la percezione fisica, corporea e dell'essere vivi; compromissione capace di rendere le persone traumatizzate ipervigili rispetto alla minaccia, perchè il cervello continua a secernere grandi quantità di ormoni dello stress, anche dopo che il pericolo è passato. Si potrebbe creare la tendenza a ripetere la situazione traumatica: ciò che ha causato dolore costituisce la sola fonte di senso e la conseguente difficoltà ad apprendere dall'esperienza.

Le bambine e i bambini reagiscono a un trauma con una vasta

gamma di sintomi che sono specifici della fase evolutiva che stanno attraversando. Le reazioni delle bambine e dei bambini di fronte al lutto e alla perdita del genitore possono essere così riassunte:

- *Stato iniziale*: stordimento, confusione, incredulità.
- *Shock*: reazione fisica (pianto, lamenti, grida)
- *Nostalgia*: mancanza, ricerca.
- *Persecuzione*.
- *Tormento rispetto all'evento*.
- *Tormento rispetto alla persona*.

Nell'intervento di soccorso l'aspetto deficitario del funzionamento emotivo della bambina e del bambino traumatizzato influenza profondamente la relazione con l'operatore, ostacolando la possibilità del bambino di creare una relazione di fiducia con lui. Occorre aspettarsi e saper tollerare momenti di rabbia e di esplicita aggressività contro l'operatore. L'esperienza traumatica massiccia comporta molto spesso la limitazione di tutte le funzioni cognitive del bambino che può protrarsi, oltre la situazione traumatica, a livelli imprevedibili. Esiste nel soggetto traumatizzato una mancanza di motivazione a riaprire le proprie funzioni mentali e ad accettare una nuova esperienza emozionale. Per tali motivi le bambine e i bambini traumatizzati tendono a rifiutare la situazione di apprendimento e possono risultare come poco capaci.

Per realizzare un qualsiasi percorso psicologico di recupero con le bambine e i bambini traumatizzati occorre lavorare molto sulla motivazione, prima di proporre qualsiasi attività. Per superare il trauma massivo prodotto dalla guerra sono state sviluppate esperienze terapeutiche che sfruttano la neuroplasticità del cervello per aiutare i sopravvissuti a sentirsi effettivamente vivi nel presente, così da poter procedere nella loro vita. Le tecniche di psicologia dell'emergenza orientate dalle moderne conoscenze psicopedagogiche e dalle conoscenze psicoanalitiche, rispettose dell'autonomia individuale e del potenziale creativo presente in ogni essere umano, possono dare una prima risposta alla domanda se è possibile superare il trauma. Il *modello psicot dinamico multiplo per le emergenze* (Di Iorio e Biondo 2009, 2011) ci ha orientato negli interventi di soccorso dei bambini e

bambinie eLe ragazze e i ragazzi traumatizzati: esso mira a proporre esperienze *nell'area emotiva* (educazione affettiva, attività espressive come gioco simbolico, disegno, teatro,), *nell'area psicosensoriale* (*training autogeno*, *Mindfulness* e altre tecniche di controllo della respirazione e del tono muscolare), *nell'area cognitiva* (conoscenza delle proprie reazioni emotive al trauma, ecc.), *nell'area comportamentale* (costruzione delle capacità autoprotettive, esercitazioni e sviluppo di capacità di adattamento per l'apprendimento di sequenze comportamentali corrette, automatizzazione delle reazioni di sopravvivenza non istintuali), *nell'area sociale* (costruzione del senso di responsabilità, di solidarietà e di convivenza civile, capacità di lavorare in gruppo, protezione della memoria storica e sviluppo della capacità di narrazione delle esperienze vissute).

B. L'INTERVENTO PSICOLOGICO IN EMERGENZA

Le capacità di recupero delle bambine e dei bambini, delle ragazze e dei ragazzi per sopravvivere all'impatto con emozioni-limite (quali il terrore, la perdita, il dolore, l'orrore, la rabbia o l'impotenza) possono essere attivate grazie all'aiuto di adulti esperti e del gruppo dei pari, nonché nella comunità di appartenenza, dove ricevere riconoscimento del loro trauma e delle difficoltà che esso ha generato, conferma del loro valore, sostegno nella conquista dei compiti evolutivi, comprensione per l'ingiustizia subita. Tutto ciò con l'obiettivo di permettere alle bambine e ai bambini, alle ragazze e ai ragazzi di sviluppare la loro capacità di accettare la perdita, di provare dolore, di tollerare la paura e l'angoscia derivanti dagli eventi terribili che hanno dovuto vivere.

Le bambine e i bambini, le ragazze e i ragazzi devono essere aiutati in maniera particolare a gestire il momento dell'emergenza offrendo loro un aiuto educativo, psicologico e sociale per avere un'immediata comunicazione sull'evento, che consenta loro di capire cosa stia accadendo e le motivazioni delle indicazioni fornite dagli adulti per proteggerli dall'aggressione e dalle conseguenze dell'evento. Bisogna lavorare sulla capacità della comunità di assimilare e metabolizzare i danni che l'evento porta in sé, al di là della sua portata concreta, e

collocare l'evento nel contesto culturale, sociale ed umano, che permette alle bambine, ai bambini, alle ragazze e ai ragazzi di dare un senso all'esperienza drammatica che hanno vissuto e delle drammatiche conseguenze che stanno vivendo. L'aiuto psicologico è particolarmente importante anche nel post-emergenza. Con l'affievolirsi degli interventi di aiuto materiale provenienti dall'esterno della comunità colpita, il soccorso psicologico rappresenta una delle poche risorse cui le bambine, i bambini, le ragazze e i ragazzi possono attingere per riprendere il corso della propria esistenza accettando il profondo cambiamento interno imposto dall'evento. Nella relazione d'aiuto con i bambini traumatizzati l'operatore deve sviluppare la capacità di connetterli al mondo. Le bambine e i bambini hanno perso la connessione con il mondo che per loro era familiare. Lo scambio verbale e non verbale empatico con lo psicologo può permettere al bambino di accettare di ricevere il sostegno emotivo di cui ha bisogno e può contribuire a dargli l'esperienza di connessione con gli altri. Gli adolescenti hanno maggiore tolleranza delle bambine e dei bambini rispetto alla perdita del mondo che per loro era familiare. Comunque, hanno bisogno anche loro di riconnettersi con gli altri attraverso lo scambio verbale e non verbale empatico. Aiutare le ragazze e i ragazzi a riunirsi in gruppo è importante. Il gruppo dei pari rappresenta la prima importante risorsa mentale per fronteggiare l'esperienza traumatica. Il piccolo gruppo rappresenta la prima forma di soccorso psicologico per l'adolescente traumatizzato.

Le bambine, i bambini, le ragazze e i ragazzi che sono così fortunati da avere accanto, subito dopo l'impatto con l'evento traumatico, nei giorni e nelle settimane successive qualcuno di cui riuscire a fidarsi davvero, possono sfogare lo *shock* gridando e tremando, o piangendo. Altri, purtroppo, reprimono le proprie lacrime per anni. Il mancato sfogo può essere causa di sintomi fisici ed emotivi. In queste situazioni è noto che gli psicologi dell'emergenza si fermeranno per un tempo definito ma, se si riesce a giocare insieme, ad inventare un gioco, a disegnare, ecco che si affaccia immediatamente la possibilità di elaborare e metabolizzare.

Per realizzare tali interventi occorrono operatori specializzati in psicologia dell'emergenza, in grado di realizzare una molteplicità di

interventi professionali con i le bambine, i bambini, le ragazze e i ragazzi : *accogliere e soddisfare* i bisogni primari; *facilitare l'espressione* (con il gioco, il disegno, il teatro, la musica) e la verbalizzazione delle emozioni e la condivisione delle esperienze traumatiche; *aiutare* a riguadagnare il senso di controllo sulla situazione e favorire un recupero attivo delle proprie capacità; *informare* sulle cause, sulle conseguenze e sull'evoluzione dell'evento, sui servizi disponibili, sulle persone coinvolte; *valutare* il loro bisogno di avere informazioni chiare e soddisfarle per quanto possibile utilizzando il linguaggio più adatto per ogni età; *fare interventi clinici*, con lo scopo di valutare la presenza di reazioni emotive estreme e disfunzionali (ad esempio atti anticonservativi), disturbi del comportamento e alterazioni dei processi cognitivi; *identificare* i soggetti che hanno bisogno di assistenza psicologica immediata e che richiedono approfondimenti diagnostici o coloro che richiedono un interventi di tipo medico-sanitario; *realizzare* interventi psicosociali con lo scopo di fornire sostegno a livello individuale, familiare e di gruppo; *effettuare* interventi nella prime fasi di elaborazione del lutto in situazioni specifiche: ad es. quando le bambine e i bambini, le ragazze e i ragazzi hanno perso una persona cara; *svolgere* interventi individuali o di gruppo sugli operatori che hanno compiti educativi: genitori, docenti, educatori, assistenti sociali. Offrire tale sostegno (evolutivo, terapeutico, psicosociale) permette di trasformare i problemi in opportunità, di superare le inevitabili tendenze regressive per trasformarle in occasioni di crescita e di progresso sostenibile.

Per evitare che psicologicamente la paura e il terrore attivati dall'evento bellico si trasformi in angoscia e panico, le bambine, i bambini, le ragazze e i ragazzi devono essere aiutati a ridurre le loro reazioni emotive all'evento stesso, a cominciare alla reazione più comune dal punto di vista psicologico, quella del sentimento di rabbia e d'impotenza. Occorre ricordare che nella guerra e più in generale nei disastri di massa i *modelli di resa e d'impotenza* sono più comuni del panico: quasi tutti gli studi indicano che una reazione di blocco, di ottundimento psichico e di sconcerto è una risposta di gruppo molto più probabile del panico. I sopravvissuti alla persecuzione nazista, per esempio, hanno passato lunghi periodi di robotizzazione o di automatizzazione (Lifton 1967). Tale condizione è spesso preceduta da una

depersonalizzazione, che rappresenta un tentativo di negare la realtà o di “ottundere” le proprie reazioni emotive (Henry Krystal 1978-1983). L'essenza dell'impotenza, riconosciuta ed ammessa, è la resa al pericolo inevitabile, che fa passare lo stato affettivo dall'ansia alla *passività*. La resa impotente al pericolo fa passare lo stato affettivo da una risposta iperattiva e ipervigile (ansia) a una di blocco emotivo e di inibizione progressiva che rischia di caratterizzare tutto il successivo sviluppo delle bambine, dei bambini, delle ragazze e dei ragazzi. Nello stato traumatico immediatamente successivo all'evento, dunque, dobbiamo aspettarci che nella maggior parte dei casi la reazione delle bambine e dei bambini, delle ragazze e dei ragazzi sia di *paralisi psicologica*, accompagnata spesso da una *paralisi motoria*. L'immobilità fisica osservabile in questi stati traumatici, assimilabili allo stato catatonico, è accompagnata da un blocco massiccio di tutta l'attività mentale non soltanto degli affetti, ma di ogni iniziativa, giudizio e altre attività. Poiché una parte della reazione al trauma consiste nel blocco della registrazione conscia del dolore e degli affetti dolorosi, si può supporre di avere a che fare con un protrarsi dell'ottundimento e con un'anestesia affettiva. C'è una tendenza a protrarre l'iper-vigilanza in un modo che corrisponda ai problemi depressivi: lo stato di super-allerta può includere risposte di ansia fisica, quali modelli di trasalimento, aumento della tensione muscolare e tutte quelle componenti dell'ansia incluse nell'iperattività del sistema nervoso simpatico (crisi neurovegetative acute). Una volta che nelle bambine e nei bambini, nelle ragazze e nei ragazzi viene distrutto il senso di sicurezza, si produce l'esperienza della ripetizione degli stati d'angoscia, l'aspettativa del ritorno dello stato traumatico e, in particolare, del ritorno dell'intollerabile reazione affettiva dell'impotenza. Gli stati ansiosi cronici possono manifestarsi in sintomi fisici o in una configurazione cognitiva di preoccupazione e insicurezza croniche, accompagnate dal disorientamento. La limitazione di tutte le funzioni cognitive può protrarsi oltre la situazione traumatica a livelli imprevedibili, tanto da far sembrare in seguito queste bambine e bambini come inibiti o *border-line cognitivi*. Esiste una mancanza di motivazione ad ampliare nuovamente le proprie funzioni cognitive, che produce l'incapacità di sentire emotivamente, o di confrontarsi, con certi tipi di esperienza, in particolare tutte le nuove esperienze. La rabbia, che tanto spesso nella

situazione traumatica si reprime, ritorna come sfida permanente al futuro adattamento della bambina, del bambino e dell'adolescente ai diversi contesti di vita (famiglia, scuola, paesi ospitanti ecc.). La sua comparsa può essere subito notata non appena viene ristabilita la sicurezza (ad esempio può emergere all'interno dell'area di accoglienza). Le bambine, i bambini, le ragazze e i ragazzi non sono più in grado, da soli, di ritrovare la fiducia in sé stessi, di riattivare la loro *illusione*, necessaria ad affrontare le frustrazioni della vita, né di riattivare il funzionamento più progredito e la capacità di pensare. Per sopravvivere dopo un evento traumatico è necessario riprendersi dal rischio di caduta verso l'impotenza, mobilitando difese molto primitive della mente, cercando di recuperare l'illusione dell'onnipotenza infantile, relativa al periodo della non integrazione dell'Io: il bambino può permettersi questa illusione, come ci ha insegnato Donald Winnicott, in quanto è l'ambiente a proteggerlo nella sua crescita, permettendogli le fantasie onnipotenti e difendendolo da eventuali esperienze di impotenza. Per le bambine, i bambini e gli adolescenti colpiti dalla guerra deve essere l'ambiente, inteso come *ambiente umano*, e cioè come adulti di riferimento, a sostenerli e accompagnarli nella ripresa della loro umanità, attraverso l'aiuto sanitario psicologico e logistico. La catastrofe può permettere la ripresa del percorso evolutivo se le bambine, i bambini, le ragazze e i ragazzi possono affrontarla con adulti attenti ed esperti, i quali possono aiutare la loro mente traumatizzata a riaprirsi a nuove funzioni. L'emergenza permette l'avvicinamento della mente al corpo, con una funzione di integrazione evolutiva atta a sopravvivere. Per accedere alla possibilità di pensare all'evento traumatico è molto importante un lavoro psicologico che lo faccia diventare elaborabile per dare un significato a un'esperienza assurda e permettere al soggetto di recuperare sé stesso e il ruolo attivo nella propria storia personale ed in quella del proprio gruppo etnico.

In termini di resilienza, il lavoro psicologico con le bambine, i bambini e gli adolescenti nella fase della post-emergenza deve poggiarsi:

- sul recupero di oggetti precoci buoni o sufficientemente buoni (Winnicott 1965), sul recupero del contenitore psichico affidabile,

- sulla riscoperta dell'antico *pattern* di attaccamento sicuro costruito nella prima infanzia (Bowlby 1973),
- sulla ricerca dell'ambiente favorevole alla crescita post-traumatica,
- sullo sviluppo a capacità di ricorrere a figure di riferimento valide nel momento dell'evento critico,
- sullo sviluppo della capacità di ricevere sostegno psicologico durante e dopo l'emergenza.

Per sviluppare la resilienza delle bambine, dei bambini e degli adolescenti è molto utile sviluppare con loro una relazione affettiva e psicodinamica. I cambiamenti si producono solo all'interno di un'intensa esperienza emotiva. Nella relazione d'aiuto con il bambino e l'adolescente traumatizzato l'operatore deve fare particolarmente attenzione:

- A. a realizzare un buon ritmo tra proposta di un'attività ed ascolto delle proposte del bambino;
- B. a realizzare “un'attenzione sospesa e pensante” alle proposte spontanee del bambino capace di accompagnarli nelle loro libere esplorazioni;
- C. ad usare parole semplici capaci di raggiungere i sensi senza eccitare;
- D. a mettere dei limiti, fermi e chiari che contengano il bambino;
- E. ad osservare il corpo, con il quale il bambino esprime principalmente la sua sofferenza connessa al trauma.
- F. fare ricorso al grande serbatoio culturale con cui da sempre l'umanità ha raccontato la guerra e le atrocità dell'uomo come le fiabe e il linguaggio poetico o quello della grande letteratura, dei fumetti, dei film e dei videogiochi;
- G. produrre insieme agli adolescenti il racconto delle loro testimonianze delle esperienze di guerra e raccoglierle in modo da pubblicarle: renderle pubbliche è una forma di giustizia sociale.

Lo psicologo dell'emergenza deve attivare la capacità delle bambine, dei bambini, delle ragazze e dei ragazzi di utilizzare sia il sistema di rappresentazioni simbolico-verbale che quello procedurale di

azioni per affrontare il proprio trauma. E cioè sviluppare la propria capacità psicologica come soccorritori della mente di *produrre cambiamenti attraverso sia le parole che le azioni*, intendendo le azioni e i comportamenti come un altro modo di pensare. Tutto ciò che aiuta le bambine, i bambini, le ragazze e i ragazzi a *rappresentare il trauma, cioè la loro esperienza* del trauma, connessa ai loro vissuti, aiuta l'elaborazione psicologica dello stesso. Inoltre, è fondamentale che l'operatore sviluppi la capacità di entrare in contatto con le *sensazioni e le percezioni del corpo* del bambino (Milner 1969), la capacità di sviluppare il *buon senso* (Tustin 1990), la capacità di utilizzare le informazioni non verbali e sensoriali che il bambino manda loro. Per fare ciò l'operatore deve essere in contatto profondo con il proprio corpo ed essere capace di sentirne le percezioni sensoriali, propriocettive e muscolari, che vengono inconsciamente attivate nella relazione con bambine e bambini così profondamente sofferenti.

Il Centro Alfredo Rampi ha maturato una vasta gamma di esperienze nella fase della post-emergenza, che rappresentano un bagaglio condiviso con *Save the Children* ed altri enti impegnati nel soccorso all'infanzia, che possono orientare: per esempio, le ludoterapie con le bambine, i bambini e gli adolescenti traumatizzati a causa della guerra. In queste esperienze abbiamo osservato che l'esperienza ludica via via diventa sempre più simbolica ed espressiva, anche in situazioni profondamente traumatiche e violente, consentendo al gioco di diventare un'esperienza trasformativa. Sfruttare il campo ludico come canale di comunicazione rispetto all'inondazione del senso di morte permette una prima forma di trattamento in emergenza e la possibilità di curare gli effetti dello stress post traumatico nella post-emergenza.

C. IL TRATTAMENTO

La letteratura scientifica segnala con forza la differenza tra il trauma infantile e quello dell'adulto: il primo produce un'angoscia automatica, che riduce l'Io all'impotenza, non essendo in grado di affrontare le emozioni prodotte dall'evento traumatico, mentre il secondo pur essendo di tipo massivo, consente a numerose funzioni dell'Io di rimanere intatte. Le bambine o i bambini sono sopraffatti

dagli affetti e dalle emozioni traumatiche, ma non hanno le capacità dell'adulto di adottare meccanismi difensivi e strategie tali da consentirgli di cavarsela: di conseguenza sperimentano uno stato che, secondo i noti studi di Daniel Stern, si ricollega all'angoscia di morte, intesa come *terrore mortale*, che comporta una regressione pressoché totale. Secondo Krystal (1978-1983) la differenza fra la forma adulta e infantile del trauma psichico sta nella diversa relazione con gli affetti. Per il bambino, gli affetti in sé diventano incontenibili e traumatici per la loro natura primitiva e per lo stato mentale primitivo. Nell'adulto, gli affetti intensi non costituiscono di per sé un trauma, anzi, in determinate circostanze, possono essere desiderati. Perfino le tempeste affettive si distinguono dal trauma psichico in quanto minacciano di sopraffare le funzioni integrative ed esecutive dell'individuo, ma non arrivano a farlo. Sono l'annientamento dell'Io, la resa ad uno stato di impotenza e disperazione assolute, e l'insorgere di uno stato catatonico, a rendere traumatica la situazione.

La guerra annienta la relazione di fiducia fra l'individuo e l'ambiente, compromette la relazione con l'Altro (che viene inevitabilmente associato all'aggressore) e produce problemi di simbolizzazione e di mentalizzazione dell'esperienza. A tal proposito Laub e Podell (1995) raccontano la storia di un ragazzo cambogiano che si era rivolto a un psicoanalista per farsi aiutare a scrivere le proprie memorie. Il ragazzo ricordava molto poco dell'eccidio perpetuato nel suo villaggio dove erano stati uccisi i suoi genitori e del modo in cui egli stesso era riuscito a salvarsi. Come molti altri, questo ragazzo non era in grado di raccontare la propria storia, neppure a sé stesso, anche se era angosciato dalle tracce dell'orrore che aveva vissuto. Laub e Podell (1995) sottolineano che nel ragazzo il crollo della fiducia in una diade esterna empatica produsse immediatamente la perdita della comunicazione interna con l'"altro"; senza questo "altro" interno non vi possono essere rappresentazioni". L'aspetto relazionale (riguardante l'holding e il setting) e quello interpretativo della psicoterapia sembrano giovare a funzioni distinte ma collegate; il primo istituisce una cornice sicura in cui riparare la fiducia e la possibilità di credere nell'"altro" empatico, mentre il livello interpretativo provvede l'aspetto verbale, lavorando sulla comprensione degli effetti del trauma sul transfert.

BIBLIOGRAFIA

- BOWLBY J. (1973). *Attaccamento e perdita*. Torino: Bollati Borin-ghieri, 1995.
- DI IORIO R., BIONDO D. (2009), *Sopravvivere alle emergenze. Ge-stitire i sentimenti negativi legati alle catastrofi ambientali e civili*, Magi, Roma.
- DI IORIO R., BIONDO D (2011). *Psicosoccorso*, Magi, Roma.
- KRYSTAL H. (1988-1993). *Affetto, trauma, alessitimia*. Magi Edi-zioni, Roma, 2007
- KANCYPER L. (2000). *Il confronto generazionale. Uno studio psi-coanalitico*, rancoAngeli
- LIFTON, RJ (1967). *La morte nella vita: i sopravvissuti di Hiro-shima*. New York: Random House, Inc. (Stanulovic 2005).
- MILNER M (1969). *Le mani del Dio vivente*. Roma: Armando, 1974.
- TUSTIN, F. (1990). *Il guscio protettivo nei bambine e bambini e ne-gli adulti*. Karnac Books, Londra.
- LAUB D., PODELL D. (1995). Art and trauma. *The International Journal of Psycho-Analysis*. London. Vol. 76, fasc. 5, 991.
- KAPOR STANULOVIC N. (2005). *Psicologia dell'emergenza. L'intervento con i bambini e gli adolescenti*. Carocci Faber.
- WINNICOTT, DW (1965). *I processi maturativi e l'ambiente facili-tante: studi sulla teoria dello sviluppo emotivo*. Stampa delle univer-sità internazionali.

13. INTERVENTI DI SOSTEGNO PSICOLOGICO CON I RIFUGIATI UCRAINI IN UN SETTING TRANSCULTURALE

Rita Di Iorio, Tommaso Romeo, Veronica Pasquariello

A. ESPERIENZE NEL CENTRO ASSISTENZA EMERGENZA UCRAINA DEL CENTRO ALFREDO RAMPI⁷³

Con l'arrivo dei primi rifugiati ucraini in Italia il Centro Alfredo Rampi ha ritenuto opportuno rivolgere il servizio di sostegno psicologico dedicato ai cittadini con problemi da long COVID-19 ai rifugiati ucraini che man mano giungevano in Italia. Abbiamo creato, così, in pochi giorni un Centro di Assistenza Emergenza Ucraina (C.A.E.U.) nel quartiere Prenestino a Roma, per fornire un'assistenza psicologica, materiale e logistica ai profughi ucraini, in particolare alle mamme, ai bambini e alle famiglie che erano fuggiti dalla guerra, nonché agli ucraini già residenti in Italia, che si stavano facendo carico dell'accoglienza dei connazionali.

Il C.A.E.U. ha cercato all'inizio di censire i bisogni dei rifugiati, fare rete con le altre associazioni e con le istituzioni (scuola, ASL, municipi). È stata attivata una collaborazione con il centro romano della SPI per offrire assistenza psicoterapeutica ai bambini e alle mamme che ne avessero fatto richiesta. La sede messa a disposizione dal Centro Rampi e dal V Municipio di Roma capitale era aperta tutte mattine dal lunedì al sabato dalle 9-13 su appuntamento. Erano disponibili in sede diverse figure professionali (psicologi delle emergenze, antropologo, mediatore culturale) del Centro Alfredo Rampi e i volontari di protezione civile del N.O.A.R., sede locale del Centro Rampi. Il servizio era messo completamente a disposizione dei rifugiati dall'associazione grazie al contributo di alcuni donatori.

Come anticipato in premessa nei primi tempi, arrivarono poche richieste perché come in tutte le emergenze occorreva un tempo per l'asestamento e l'adattamento dei profughi, in questa fase più orientati a chiedere aiuti materiali fondamentali: un tetto, il cibo, i beni di prima necessità, i documenti, le prime cure mediche ove necessario

⁷³ Il paragrafo è stato elaborato da Rita Di Iorio.

ecc. Subito dopo lo scoppio della guerra e il lungo e traumatico viaggio che i rifugiati avevano dovuto sostenere per raggiungere il nostro Paese avevano bisogno soprattutto di trovare un punto di riferimento logistico e umano. Solo dopo paio mesi sono iniziate ad arrivare presso il CAEU richieste urgenti di assistenza psicologica dai responsabili delle associazioni di Protezione Civile per i rifugiati da loro assistiti. Consapevoli che in emergenza è raro che le vittime vadano dallo “psicologo” ma è lo psicologo che deve saper stare fra loro, mettersi a loro servizio, ci siamo recati alla Basilica di Santa Sofia di Roma, principale luogo di aggregazione dei rifugiati ucraini. In questo contesto abbiamo potuto iniziare a raccogliere i bisogni sia degli ucraini che delle colleghe psicologhe ucraine, anch’esse rifugiate in Italia.

Si è andata così costruendo una rete preziosa per svolgere il sostegno psicologico agli ucraini rifugiatisi in Italia, grazie all’Esarcato che ci ha messo in contatto con la coordinatrice nazionale delle psicologhe ucraine, Sofia Dutchak (vedi intervista nel cap.14, paragrafo C) che già da un po’ di tempo era in Italia per motivi professionali. Il servizio “Insieme” (con incluso il C.A.E.U.) si è così trasformato nel servizio “Insieme -*Pa3om*”. In seguito Tale servizio è stato gestito dalla rete: Centro Alfredo Rampi, Esarcato cattolico della chiesa ucraina, UNHCR, Società Psicoanalitica Italiana (SPI).

Grazie al sostegno reciproco con le colleghe ucraine siamo riusciti a trovare le modalità idonee per avvicinarsi ai rifugiati. Nell’ambito della collaborazione tra i diversi organismi della rete si è potuto:

1. Predisporre ed erogare servizi di supporto psicologico a favore di persone ucraine di recente arrivo in Italia, a seguito del conflitto in Ucraina.
2. Coinvolgere con un ruolo attivo la comunità professionale di psicologi ucraini per l’erogazione del servizio, alla quale i professionisti italiani hanno offerto formazione e supervisione.
3. Coinvolgere le comunità ospitanti (centri di accoglienza, famiglie ucraine già presenti in Italia) in base al contesto di riferimento.
4. Intercettare e conoscere le mediatrici che permette-

vano agli psico logi e psicoterapeuti italiani di intervenire direttamente con i profu ghi.

5. Creare momenti formativi tra mediatori e psicologi in collaborazione con l’UNHCR e l’ARCI al fine di conquistare un metodo condiviso d’intervento.

Gli utenti che hanno usufruito del servizio sono stati giovani donne, mamme, ragazzi/e, adolescenti, operatori.

Le famiglie ucraine ospitanti, così come gli operatori dei centri di accoglienza ospitanti segnalavano condizioni di sofferenza molto forte da parte dei profughi anziani, che però non accettavano di essere aiutati. Il nostro intervento di sostegno psicologico era rivolto anche al personale ospitante, sia delle comunità che della Protezione Civile. Nelle settimane successive all’avvio del progetto la maggior parte delle richieste sono arrivate dalle associazioni di volontariato e dai referenti che gestivano i rifugiati in comunità o presso gli hotel.

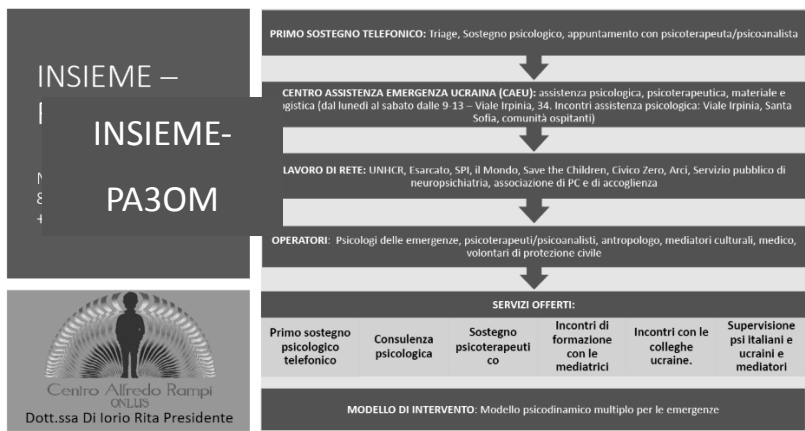


Fig. 1- Progetto Insieme-Pa3om

B. IL SETTING TRANSCULTURALE⁷⁴

Alcuni di noi si sono trovati per la prima volta a lavorare, nell'assistenza ai profughi ucraini, in una stanza in un setting multiplo dove erano presenti lo psicoterapeuta, l'utente e il mediatore culturale. A volte eravamo in sei: terapeuta della madre e terapeuta del figlio/a, mediatore per l'uno e per l'altro, la madre e il figlio/a).

Anche io ho avuto modo di svolgere colloqui così "affollati" con figure professionali differenti. Il lavoro più complesso in questo setting è stato il dover cogliere le espressioni e la comunicazione verbale dell'utente che potevo associare al loro significato solo dopo la traduzione fatta dal mediatore. Ritrovavo la stessa attenzione e la stessa difficoltà nella persona seduta davanti a me che cercava di cogliere le mie espressioni non verbali per poi associarle alle parole tradotte dalla mediatrice. Entrambi, dunque, concentrati a percepire le tonalità della voce e le espressioni del viso e dello sguardo per poi associarle, dopo un lasso di tempo, alle parole alle quali erano legate. Inoltre, era inevitabile non cogliere anche le emozioni personali della mediatrice nel tradurre il verbale dell'uno e dell'altra. Un lavoro di attenzione faticoso in quanto non dovevo perdere "di vista" nulla compreso le mie emozioni per dare un significato che racchiudesse il tutto. L'utente percepiva me come punto di riferimento principale ma nello stesso tempo doveva interfacciarsi con la mediatrice con la quale condivideva la lingua e la nazionalità. La mediatrice ascoltando il racconto di sofferenza provava inevitabilmente delle emozioni condivise con l'utente perché anche lei vittima dello stesso trauma. Non tutte le mediatrici riuscivano a gestirle nel miglior modo possibile, ma essendo professionalmente preparata erano in grado di interferire il minimo indispensabile nella relazione "terapeutica". In un caso, dopo ogni incontro con il profugo, la mediatrice sentiva il bisogno di esprimere la propria rabbia verso l'invasore e la condivisione forte per le richieste da parte dell'utente. Quindi dopo l'incontro cercavo con la mediatrice di trovare un momento, in macchina, di condivisione dell'esperienza vissuta e spesso mi ritrovavo a sostenere la mediatrice nel bisogno di esternare le sue preoccupazioni, paure, incertezze. Aiutarla a ripren-

⁷⁴ Il paragrafo è stato elaborato da Rita Di Iorio.

dere le distanze dal vissuto dell'utente e a non confonderlo con il proprio. Riporto il caso di una signora ucraina arrivata in Italia subito dopo lo scoppio della guerra e ospitata a Roma da circa otto mesi.

La signora pur non avendo vissuto perdite di persone care era molto scossa e angosciata perché non riusciva fare i conti con la sua nuova condizione di rifugiata. Non riusciva ad accettare la sua condizione di precarietà e per questo pretendeva, illudendosi, che tale situazione di accoglienza dovesse fornirgli tutto ciò che apparteneva al suo mondo precedente. Era per lei impensabile la perdita del suo status precedente sia concreto che psicologico e per questo non poteva fermarsi un attimo a pensare altrimenti sarebbe stata governata da un pensiero ossessivo angosciante.

Si presentava sempre chiusa nel suo dolore, timida, incapace di chiedere qualsiasi cosa, bisognosa che io la comprendessi automaticamente, intuitivamente.

I primi tempi dal suo arrivo per la signora sono stati molto difficili perché non accettava nulla, neanche di indossare i vestiti che le venivano offerti dagli ospitanti per la paura di perdere sé stessa, la sua identità. Continuava a immaginare i suoi bei vestiti nell'armadio di casa.

Durante i nostri incontri non accettava di essere considerata e considerarsi come "vittima", anche se diceva che le mancavano tante cose e che l'associazione e la struttura ospitante non le davano quasi nulla. In realtà la famiglia riceveva tutto il necessario, che però lei considerava inevitabilmente insufficiente. Lamentava una privazione quasi totale, non aveva vestiti, prodotti di igiene, spazio abitativo adeguato per il numero dei componenti della sua famiglia, e quindi soffriva per l'impossibilità di proteggere la propria intimità, per la decurtazione della colazione, per la carenza di medicine e del medico. Lamentava il distacco degli operatori nei suoi confronti, l'assenza di aiuto e comprensione dei bisogni familiari. Tutto ciò lo raccontava con una veridicità genuina, forse veramente credeva in quello che diceva tanto che anche io in un primo momento mi sono preoccupata per la sua condizione reale.

Nello stesso tempo percepivo nello sguardo della signora qualcosa difficile da definire, come se mi chiedesse di crederle senza riserve. Ipotizzai che il considerarsi vittima degli ospiti piuttosto che della guerra costituisse per lei un'importante difesa psicologica nei confronti del trauma, che in quella fase andava rispettata. Non poteva accettare la crudeltà degli invasori e così tutti sentimenti contro il nemico venivano traslati sui cattivi ospiti. C'è voluto un po' di tempo per riuscire a farla avvicinare alla realtà e permetterle di accettarla, cominciando dalla conquista delle piccole cose capaci di migliorare la sua situazione. Per affrontare l'inizio della giornata e farle trovare la forza di alzarsi le ho proposto anche qualche esercizio di respirazione al mattino. Durante alcuni incontri si sono creati momenti profondi che ci hanno permesso di toccare aree delicate e poter così avvicinarci molto delicatamente alla realtà interna dolorosa e terribile che stava vivendo e che avrebbe vissuto ancora per molto tempo. Durante un incontro, la signora riuscì a lasciarsi andare, si abbandonò alle libere associazioni e così si creò un momento molto profondo:

S. Sento un qualcosa che non so come spiegare

T. Provi a dire ciò che le viene in mente

S. Non ci riesco.

(Pausa)

S. Calore e bianco

Pian piano lei parlò del calore della propria casa, della sua cucina in Ucraina in contrasto al freddo della mensa attuale. La passione della cucina, essendo un'ottima cuoca e pasticciera, la rimandava all'attuale impossibilità di cucinare. Il calore della famiglia che non aveva più a causa del fatto che la distanza del marito (rimasto per alcuni mesi in Ucraina) aveva creato seri problemi di coppia a causa di un suo tradimento.

Il bianco del Natale le ricordava il non poter fare regali ai suoi figli - in particolare modo al più piccolo che chiedeva già dei regali in previsione delle feste natalizie - e ciò la gettava in un grande sconforto e la faceva vivere nella nostalgia di un mondo che non c'era più.

“Calore e bianco” sintetizzavano perfettamente la situazione psichica della donna che viveva la mancanza del calore dall’amore e dei colori degli affetti.

La signora durante l’intervento, durato nove incontri, è stata molto grata per il lavoro che abbiamo realizzato e per conquistata vicinanza con me, perché sentiva di essere ascoltata e creduta nelle sue difficoltà e nelle sue difficoltà. Anzi si mostrava molto affettuosa nei miei confronti e anche della mediatrice e aspettava il nostro incontro con piacere. Le prime volte si faceva attendere, voleva forse dimostrare che non ne aveva bisogno, successivamente era già nella *hall* dell’albergo al nostro arrivo. La sua gratitudine era genuina e anche noi avevamo un grande affetto per lei come era inevitabile che fosse. Nell’andare via ci dava un abbraccio volentieri da me contraccambiato.

Parallelamente all’intervento con la madre abbiamo realizzato un intervento con il figlio, di cui si riferisce nel paragrafo che segue.

C. INTERVENTO PSICODINAMICO CON UN ADOLESCENTE IN CONTESTO EMERGENZIALE⁷⁵

Andrij era un ragazzo di 16 anni, profugo di guerra, scappato dall’Ucraina e arrivato in Italia nel marzo del 2022. Risiedeva assieme alla sua famiglia, composta da madre, padre e un fratello molto più piccolo di lui, in un Hotel della capitale, condividendo con loro la stessa stanza.

Quando lo incontrai per la prima volta erano passati già otto mesi dal suo arrivo in Italia. Fin da subito mi colpì il suo aspetto, molto diverso da quello che mi immaginavo: Andrij sembrava essere più grande: alto, capelli lunghi e castani, vestito bene, alla moda o così sembrava, occhi celesti, gelidi, che traspiravano però una grande fragilità. Andrij si presentò a me con grande educazione, affiancato dalla madre. Fu lei a parlarmi dei problemi che Andrij sembrava manifestare in Italia: raccontò di un figlio isolato, che non si prendeva cura

⁷⁵ Il paragrafo è stato scritto da Tommaso Romeo.

di sé e che non cercava in nessun modo di integrarsi nel nuovo contesto.

Fin dal primo incontro Andrij sembrò avere molto bisogno di uno spazio proprio, dove poter parlare di sé e di ciò che gli accadeva all'interno del suo nucleo familiare. Raccontò di genitori con un rapporto altamente conflittuale, alternato da momenti di improvvisa sintonia, percepiti da lui come destabilizzanti. Andrij sembrava sentirsi oppresso da queste dinamiche, affaticato. I suoi genitori, infatti, avevano sempre avuto un rapporto altalenante, ma ultimamente, con il passaggio dall'Ucraina all'Italia, le cose sembravano essere peggiorate. Andrij raccontò che il padre, rimasto al confine per un breve periodo, avrebbe tradito la madre con un'altra donna. Questa vicenda sembrava aver colpito il ragazzo su più livelli: da una parte, infatti, Andrij lamentava una certa delusione, una ferita riguardante la figura paterna, sentita come debole e poco attenta ai bisogni della famiglia, dall'altra manifestava una certa preoccupazione per la stabilità emotiva della madre, sconvolta dall'episodio e profondamente dolorante. Nei nostri incontri Andrij riconosceva la propria difficoltà a comunicare su questa vicenda con il padre, capirne le motivazioni e, cosa che sembrava più importante per lui, se ciò che gli era stato detto dalla madre fosse realmente accaduto. Ipotizzammo che i suoi comportamenti in Italia, come l'apatia e la tendenza al ritiro, potessero essere ricollegabili a questa vicenda familiare e alla sua difficoltà di esprimere i vissuti connessi, principalmente con il padre.

Dai colloqui successivi Andrij sembrò sentirsi libero di dedicarsi ad altri sentimenti di perdita: avviciniamo questioni relative alla guerra, alla nostalgia provata verso luoghi specifici condivisi con gli amici e la famiglia. Andrij sembrava riconoscere la mancanza di spazi fisici personali non solo nel proprio paese, ma anche in Italia. Raccontò della sua difficoltà a ritagliarsi uno spazio nell'hotel in cui risiedeva, specificando inoltre quanto lui sentisse impossibile comunicare questo bisogno alla sua famiglia. In questa vicenda sembrò emergere una certa ambivalenza da parte del ragazzo, il

quale se da un lato sembrava desiderare uno spazio proprio, indipendente, dall'altro sembrava profondamente angosciato dalla possibilità di lasciare soli i propri genitori con le loro difficoltà. Procedendo con i colloqui, in Andrij sembrava emergere un potenziale creativo, un desiderio di provare a investire parti di sé sul nuovo territorio che lo stava ospitando. Andrij affermò che avrebbe iniziato a breve a frequentare la scuola italiana, in un liceo artistico, in linea con la sua passione per il fumetto e per l'arte, passione che fino a quel momento sembrava essere stata congelata. I nostri incontri si trasformarono così in un luogo dover poter esplorare le proprie fantasie, i propri desideri e i propri dubbi o timori.

Nel nostro ultimo incontro Andrij si dedicò a parlare di un'esperienza passata, avvenuta in Ucraina. Parlò del suo migliore amico dell'epoca, con cui aveva un rapporto strettissimo e di estrema fiducia. Raccontò, in lacrime, di come un giorno avesse scoperto una seconda faccia dell'amico, che gli parlava alle spalle, svalutandolo. Andrij riconosceva che da quel momento aprirsi e mostrare fiducia ad altri risultava per lui di grande difficoltà, finendo per preferire apertamente la propria solitudine.

Il tradimento dell'amico di Andrij poteva, a mio avviso, essere letta in più modi: se da una parte, infatti, sembra avere a che fare con la prima questione affrontata assieme, quella relativa al tradimento del padre e ai sintomi che Andrij aveva sviluppato, dall'altro mi sembrava rappresentare una forte comunicazione nei nostri confronti: Andrij sembra aprire alla possibilità di ricominciare ad avere fiducia negli altri, nella possibilità di aprirsi invece che isolarsi. Una comunicazione di transfert preziosa, che ci ha permesso di affrontare il tema della fiducia nell'altro, a cominciare dalla nostra relazione terapeutica: condizione di partenza per ritrovare la speranza nei legami umani, che sia l'amico, che il padre ed infine la guerra avevano profondamente compromesso.

D. UN PONTE TRA UCRAINA E ITALIA⁷⁶

La richiesta di supporto psicologico del caso che presento arrivò al Numero Verde del progetto “Insieme -*Pa3om*”: il responsabile della comunità che ospitava nuclei madre-bambino ucraini ci segnalò il bisogno di una madre e del figlio adolescente, (useremo dei nomi di fantasia per la *privacy*) Maria 45 anni e Leopold 14 anni. Arrivarono in Italia dopo essere scappati dalla prima fase guerra: erano rifugiati in varie città ucraine da otto anni. Arrivati in Italia da qualche mese, Leopold mostra dei sintomi psico-fisici, difficoltà ad addormentarsi, incubi, fastidio per i forti rumori, tic oculari, fatica a respirare. Sintomi che attivano la madre a chiedere un aiuto psicologico al Responsabile.

Il primo incontro con la famiglia avviene presso il Centro di Aggregazione Giovanile del Centro Alfredo Rampi in Viale Irpinia. La famiglia viene accompagnata da un operatore della comunità ospitante. Dai primi momenti si percepiva chiaramente lo smarrimento e la paura nel trovarsi in un posto a loro sconosciuto, con persone sconosciute. Ho il ricordo nitido del viso chinato di Leopold e lo sguardo impaurito e diffidente della mamma.

L'incontro era mediato da una psicologa ucraina che è stata per tutto il tempo dell'incontro in contatto visivo della mamma, quasi come a rifugiarsi nell'unica persona connazionale che era seduta lì in quella stanza, che potesse capire davvero cosa stessero provando.

La richiesta della madre sin da subito era rivolta al figlio, si percepiva la sua disperazione, per la loro condizione di vittime di guerra e di una madre sola e impotente. Dopo poco l'inizio dell'incontro la mamma scoppiò a piangere ma aggiungendo di doversi sforzare di essere forte per non far preoccupare il figlio, già molto provato. Dopo aver accolto il suo pianto, decidemmo di dividerci e dare ad entrambi uno spazio personale di condivisione, chiedendo alla mamma il consenso per poter parlare con Leopold da soli, consenso che la madre fornì subito senza esitazioni.

Leopold aveva 14 anni quando l'abbiamo incontrato per la prima volta, ma di fianco alla mamma sembrava averne nove. Sembrava un

⁷⁶ Il paragrafo è stato scritto da Veronica Pasquariello.

cucciolo spaventato, che la mamma doveva proteggere. Leopold era un po' restio, ma la mamma sembrava avere un disperato bisogno di un incontro individuale, quindi credo che Leopold avesse acconsentito più per aiutare la madre, piuttosto che per prendere qualcosa per sé.

Quell'incontro mi diede la possibilità di creare un contatto con Leopold, attraverso le sue passioni, un canale mediato e rassicurante. In assenza della madre appariva come un ragazzo più grande dell'età che aveva, portava su di sé delle grandi responsabilità, *"prendersi cura della madre e della sorellina piccola"* perché era lui l'uomo di casa. All'incontro individuale partecipò la mediatrice che li aveva accompagnati, operatrice della loro comunità ospitante. Anche Leopold creò con lei l'unico contatto visivo.

All'inizio per metterlo a proprio agio gli racconto che il Centro Aggregativo, di pomeriggio, era frequentato da ragazzi della sua età, che studiavano e giocavano, che si esprimevano più che con le parole tramite la musica, l'arte, lo sport. L'ho rassicurato su questo spazio di privacy, che poteva usare come più ne aveva bisogno, e che sarei stata lì con lui finché avrebbe voluto. La prima volta che Leopold alza lo sguardo e mi sorride. Inizia a parlarmi dei suoi hobby come il karate e la musica, in particolare i Metallica, in particolare la sua canzone preferita "Nothing else matters". Non sono solo le parole, ma anche la melodia, un misto di carica e malinconia, che lo aiuta a rilassarsi nei giorni in cui si sente solo, ma in particolare di notte, quando le sue paure escono fuori. Gli propongo di ascoltare insieme la canzone, e lui mi dice che ci sono alcune frasi che lo colpiscono:

"So close, no matter how far, It couldn't be much more from the heart.

*Never opened myself this way,
Life is ours, we live it our way,
All these words, I don't just say,
And nothing else matters
Trust I seek and I find in you
Every day for us something new*

*Open mind for a different view, And nothing else matters*⁷⁷

*(“And nothing else matters” Testo dei Metallica)*⁷⁸

Ciò ha dato il via al racconto degli anni di scuola in Ucraina, per molto tempo ha dovuto cambiare scuola, da quando è scoppiata la guerra. Con i compagni di classe non si era mai potuto aprire davvero. Lo bullizzavano, perché lui voleva studiare, non beveva e fumava, come facevano i suoi coetanei. Sono stati anni duri per lui, perché era molto spaventato dalla guerra, dai forti rumori degli scoppi delle bombe. I suoi tic nel ricordare questi momenti aumentavano, così come le parole erano interrotte dalla mancanza d'aria. Prendeva delle grandi boccate di respiro fra una parola e l'altra.

Lui spontaneamente iniziò a parlarmi del viaggio che hanno compiuto per mettersi al riparo dalla guerra. Tramite un atlante presente al Centro aggregativo mi mostrò le città dove sono vissuti: scoppiata la guerra, dalla sua città di nascita (Doneck) si sono recati a (Kirovograd), il viaggio è avvenuto con mezzi di fortuna e con famiglie che non conoscevano, per salvarsi. Sono arrivati in Italia un paio di mesi fa. Ciò che più gli mancava era la sua stanzetta, il suo mondo privato e libero dove si rintanarsi. Ma Leopold non voleva ritornare in Ucraina perché lì c'era la guerra e loro tre si sentivano al sicuro qui in Italia.

Leopold si sentiva il “maschio di casa”, perché il papà era

⁷⁷ “Così vicino, non importa fino a dove, non potrebbe essere molto più
[lontano dal cuore;

*Non mi sono mai aperto in questo modo,
La vita è nostra, la viviamo a modo nostro, Tutte queste parole non le dico,
E non importa nient'altro
Cerco la fiducia e la trovo in te
Ogni giorno per noi è qualcosa di nuovo
Mente aperta per un modo diverso di vedere le cose
E non importa nient'altro.”*

⁷⁸ trad. dal sito web. www.angolotesti.it

rimasto a combattere, doveva farsi forza e non poteva mostrarsi fragile e sofferente agli occhi della mamma, ma vedere la mamma piangere per lui era stato liberatorio perché sentiva che anche lei stava trattenendo il dolore per non mostrarsi sofferente di fronte al figlio, così come lui faceva con la madre. A fine incontro entrambi chiesero di poter continuare gli incontri, in particolare Leopold condivise che si era sentito più rilassato e sereno, rispetto all'imbarazzo iniziale. Dopo quell'incontro acconsentono a rivederci, chiedendoci però di recarci presso la loro struttura ospitante perché la madre non era ancora abbastanza autonoma nello spostarsi da sola con il figlio, si sentiva smarrita.

Parallelamente anche la mamma avrebbe iniziato il suo percorso individuale, perché dai primi scambi con la psicologa ucraina era chiaro come la sua preoccupazione e paura per sé e per i figli, le impediva di lasciare i figli liberi di poter socializzare con altri bambini e ragazzi nella struttura, di giocare, e divertirsi. La sensazione che aveva era di “stare sempre in allerta”. Durante i primi incontri con la psicologa la signora sembrava affamata di visibilità, ascolto, rassicurazione, in cui era primaria la preoccupazione per i figli, ma piano piano si era affidata e si era potuta concedere qualcosa per sé.

Dal secondo incontro cambiò la mediazione: poichè ritenemmo che la mediatrice iniziale fosse troppo coinvolta con la famiglia, essendo un'operatrice della loro comunità, e questo potesse in qualche modo minare la possibilità per Leopold di aprirsi liberamente, proponemmo una nostra mediatrice.

Il secondo incontro con Leopold si svolgerà nella loro comunità. Inizialmente avevamo stabilito che gli incontri fossero individuali, per dare una maggiore *privacy* al ragazzo, ma una volta giunti all'incontro Leopold chiese che fosse presente anche la madre, perché gli dava maggiore sicurezza, aggiungendo “*fra lei e me non ci sono segreti da nascondere*”. Accolsi questa richiesta, ipotizzando una fatica nel separarsi, e un bisogno di proteggersi reciprocamente.

La mamma prendeva spesso la parola al posto del figlio, era un

fiume in piena, mentre Leopold restava in silenzio, con sguardo smarrito. La mamma era molto angosciata per i sintomi del figlio, e si muoveva in modo confusivo, attivando più spazi di cura parallelamente senza condividere né con me, né con la struttura ospitante i suoi movimenti. Solo tramite una condivisione con il responsabile venni a sapere che la signora aveva avviato una diagnosi per il figlio nel reparto di neuropsicologia di un ospedale romano, in seguito ai quali avevano svolto, sia lei che il figlio, dei colloqui psicologici. Sarà la stessa psicologa dell'ospedale a contattarci per avviare un lavoro di rete. Era stata attivata presso l'Asl una presa in carico globale di Leopold per la diagnosi di P.T.S.D., ricevuta dall'Ospedale. L'attivazione di una rete di tutti gli operatori coinvolti nel supporto psico-fisico-sociale del nucleo familiare, era stata fondamentale perché fornì la possibilità ad entrambi di sentirsi dentro un contenitore ampio che li poteva sostenere: un potersi affidare e sentirsi protetti, dall'intero sistema di cura, che rappresentava anche il "terzo" mancante e cioè il padre.

In uno degli incontri Leopold arrivò molto triste e ricordando la canzone ascoltata al primo incontro collegammo che la paura più grande era rivolta verso il padre, paura che fosse morto, o che gli fosse successo qualcosa di grave poiché non avevano più sue notizie da molte settimane. Quel momento fu molto importante perché mai prima di allora mamma e figlio si erano potuti dire come stavano per la mancanza del padre e del marito, una mancanza diversa ma che non si poteva nominare, proprio per il ruolo di protezione che avevano reciprocamente. Leopold a fine incontro ringraziò per ciò che stavamo facendo per loro, e che parlare sinceramente di ciò che provavano lo aiutava non solo a liberarsi ma anche ad alleviare i sintomi. Facemmo degli esercizi di rilassamento a fine incontro sia per aiutarlo a rilassarsi a casa prima di andare a letto, ma anche per la profondità emotiva dell'incontro.

"Capiets: la catastrofe dentro di me"

In un incontro successivo Leopold mi chiese di spiegargli i suoi sintomi e soprattutto il significato della diagnosi ricevuta. Io chiesi a lui di raccontarmi con una parola ciò che

sentiva dentro di sé. Usò il termine “Capiets”, la mediatrice mi fece notare che non c’era una parola precisa per tradurlo, ma che il significato in italiano più vicino era “catastrofe”. La paura per un qualsiasi rumore faceva riemergere in lui quella “catastrofe”. Gli spiegai che quella paura era l’emozione legata alla catastrofe che avevano vissuto lui e la sua famiglia, che si manifestava in molti modi, dalla difficoltà a dormire, alla mancanza d’aria. Sintomi che si facevano sempre più forti quando lui sperimentava situazioni che gli ricordassero alcuni momenti traumatici vissuti, in cui avevano sperimentato la paura di sentirsi in pericolo di vita. Ciò che non riusciva ad esprimere a parole era il corpo ad esprimerlo. Leopold aggiunse che da quando era giunto in Italia, si sentiva più sicuro, e parlare liberamente delle emozioni che provava lo aiutava anche a tirare fuori la “catastrofe” dentro di lui, senza dover essere forte per la mamma e la sorella, sentiva piano piano di “scongelarsi”.

Quel momento fu carico di emozione, ricordo chiaramente i loro volti, e gli occhi pieni di lacrime, che si riconoscevano nel dolore, e potevano condividere apertamente le loro emozioni.

Da quell’incontro Leopold si sentì più libero di esprimersi, ci raccontò di aver legato con altri ragazzi più piccoli di lui in struttura, di voler iniziare lo sport, in particolare il *Karaté*, e di voler iniziare la scuola. Nell’estate la famiglia fece delle gite con altre famiglie ucraine, al mare, che Leopold adorava, perché gli dava la sensazione di poter essere un ragazzo normale, che si poteva divertire e che poteva essere spensierato. In questo intervento il lavoro di rete con la comunità ospitante è stato prezioso, perché ha permesso di attivare un supporto psico-sociale che prevedeva l’attivazione sia di esperienze che permettessero ai figli di dedicarsi ai loro compiti evolutivi sia alla mamma di potersi aprire anche nella relazione con altre mamme ucraine. Erano diventati anche più autonomi nel muoversi in città. Notai come cambiò anche il modo di supportare Leopold della madre, inizialmente era molto apprensiva, e con le parole e con il corpo lo abbracciava come se fosse un bambino, un abbraccio protettivo ma anche un supporto quasi alla pari. Dopo fu sempre più in ascolto, con

gli occhi pieni di orgoglio ma anche di fiducia, pronta a battere un cinque o a dare un abbraccio di affetto e rassicurazione.

Un altro momento importante per Leopold è stato l'inizio della scuola: Inizialmente non è stato semplice l'inserimento, in assenza di un mediatore a scuola, ma successivamente, i compagni di classe, usando i telefonini e *Google Traduttore* lo hanno incluso incuriosendosi a lui, per conoscerlo. Questo lo meravigliò molto perché era una delle poche esperienze con i pari riparativa e serena che aveva vissuto fino ad ora. Si era stupito di come un ragazzo ucraino del quinto anno lo aiutasse nei compiti in classe. La mamma ci disse che era serena perché non aveva mai visto Leopold così felice di andare a scuola, sembrava impaziente di uscire di casa per vedere i suoi compagni e frequentare le lezioni.

L'ultimo incontro dedicato al saluto e alla separazione, ritroviamo Leopold e la mamma con volto sereno, non li avevo mai visti così prima. La mamma aveva iniziato a lavorare come sarta con un'altra mamma ucraina e frequentava regolarmente il corso di italiano. Sorridevano con noi e fra loro. Durante quell'incontro in alcuni momenti capì ciò che stavano dicendo dal non verbale, prima ancora che la mediatrice potesse tradurre. Ci salutammo scherzando, come se la lingua non fosse più così fondamentale per comprendersi, ma lo era diventata la relazione, come un ponte che ci aveva connessi.

14. TESTIMONIANZE DALLA RETE “INSIEME-PA3OM”

*Daniele Biondo, Patrizia Bonamici, Veronica Pasquariello,
Natalia (Tasha) Reznik De Pirro*

A. STARE *INSIEME* NELL'EMERGENZA UCRAINA⁷⁹

L'emergenza della Guerra Russia-Ucraina comporta fra le tante cose di fare i conti con una perdita: del proprio Paese, della vicinanza dei propri cari, a volte della loro stessa esistenza, delle proprie abitudini e dei propri confort. Ogni perdita comporta un dolore, quello più grande ovviamente è connesso alla perdita di una persona amata. La reazione psicologica degli esseri umani alla perdita conseguente alla catastrofe è *l'impotenza*. Quando scopriamo di non poter far niente per proteggerci dal colpo che ci infligge l'emergenza non possiamo che registrare con grande dolore la nostra incapacità di far fronte a quell'evento. Ed è questo sentimento d'impotenza la vera essenza dell'esperienza traumatica. Gli esseri umani hanno modi differenti di sentire, gestire e affrontare l'emergenza a secondo dell'età, del proprio carattere e delle circostanze in cui si è stati coinvolti: cedere, arrendersi, congelarsi, sopportare, lottare, farsi travolgere, condividere, nascondere, negare, minimizzare. Subito dopo l'emergenza è inevitabile che ognuno attivi il proprio sistema di difesa psicologica, quello che gli è più funzionale per non farsi sopraffare dal dolore, per non impazzire e mantenere un funzionamento mentale adeguato a fronteggiare l'emergenza stessa. In questa prima fase è importante che ognuno osservi la propria modalità di reazione all'emergenza e al dolore che essa ha inflitto. È importante che ogni vittima dell'emergenza sia consapevole che quella reazione ha a che fare con il proprio modo di essere e che quindi riesca ad accettarla così com'è. In un secondo momento può essere importante elaborare la propria reazione, farci i conti, poiché ci sono alcune reazioni che possono essere pericolose se si protraggono troppo a lungo. La cosa più importante è di non lasciarsi soli, di far ricorso all'altro, al confronto sincero in modo da

⁷⁹ Il presente paragrafo è stato redatto da Daniele Biondo.

poter problematizzare la propria reazione all'emergenza e sviluppare la capacità di resilienza. È inevitabile soffrire per la frustrazione per tutto ciò che ci è stato portato via: la pace, l'amore, la sicurezza, ma è proprio dalla capacità di tollerare questa frustrazione che può nascere la possibilità di accettare la realtà e di sviluppare il senso della realtà.

Avere una persona cara, o una persona che gode della nostra fiducia, o un professionista della salute mentale che ci aiuti ad avvicinare in maniera rispettosa e delicata il nostro modo di affrontare il dolore della perdita, e ad accettare la nuova realtà in cui l'emergenza ci ha catapultato, permette alla nostra fragilità di venirci in aiuto, perché può permetterci di comprendere cosa fare del nostro dolore, della nostra frustrazione. Con essi dobbiamo farci i conti provando e a mobilitare le nostre risorse, che molto spesso sono molto più grandi di quelle che crediamo.

Il rapporto con l'altro ci aiuta a stare in emergenza perché sconfigge l'idea più pericolosa per la nostra salute psicologica, e cioè che nell'emergenza siamo soli e che di conseguenza siamo condannati a restare da soli anche dopo e che sempre da soli ne dovremo uscire. Tale idea è pericolosa perché attiva la nostra *onnipotenza* (dove c'è impotenza quella dell'onnipotenza rischia di essere la difesa più comune). L'onnipotenza comporta l'idea di essere super-uomini o super-donne che devono essere capaci di affrontare da soli l'emergenza. In realtà l'onnipotenza aumenta la nostra solitudine, e la solitudine è il grande frutto velenoso dell'emergenza perché elimina l'altro dalla nostra mente.

Il ricorrere alla propria comunità di riferimento e, per quanto riguarda la specifica emergenza dei profughi ucraini alla comunità del Paese ospitante, ci salva da questo rischio e ci permette di restare umani nell'emergenza, salva sia coloro che sanno chiedere aiuto sia anche chi lo dà e non si volta dall'altro lato, cioè è in contatto con la propria fragilità, con il proprio dolore e con il dolore dell'altro. Questo è ciò che ci permette a tutti, vittime e soccorritori, di rimanere umani. Il confronto con l'altro e con il nostro gruppo di appartenenza, la nostra comunità ci permette di sentirci umani fra gli umani:

Insieme spaventati ma anche capaci di darci coraggio.

Insieme disperati ma anche impegnanti a non mollare e a non perdere la speranza.

Insieme arrabbiati ma anche disposti a non cedere all'odio cercando vendetta, ma semmai ostinatamente intenzionati a cercare giustizia.

Insieme con l'idea di essere soli, ma con la consapevolezza del bisogno dell'altro e della sua vicinanza e solidarietà.

Insieme convinti di non farcela, ma determinati a sviluppare la capacità di sopportazione e di non farsi sopraffare dalle difficoltà.

Insieme sopraffatti dalla vergogna per dover chiedere aiuto, ma anche incoraggiati a chiedere aiuto e a superare la propria timidezza.

Insieme impietriti dal dolore ma anche consapevoli dell'importanza di tirarlo fuori, di gridarlo al mondo per restare vivi.

Stando *Insieme* possiamo conquistare la consapevolezza che il dolore, il trauma, la perdita hanno il potere di abbatterci, di appiattirci sulla sopravvivenza, di toglierci la voglia di vivere e la speranza, ma che proprio per questi motivi dobbiamo cercare di trasformarli in un'esperienza che ci può rendere più forti, migliori. Lo dobbiamo ai nostri figli, ai nostri cari rimasti a combattere, a noi stessi che ospitiamo e soccorriamo.

L'emergenza ci spinge a diventare capaci di scoprire gli aspetti spirituali della nostra vita, poiché ci ricorda che tutto ciò che è materiale prima o dopo andrà perso.

E allora, come ci ricorda il nostro sommo poeta Dante Alighieri nell'ultimo canto dell'*Inferno* della sua *Divina Commedia*: dopo il viaggio nelle tenebre e negli orrori umani *alla fine uscimmo a vedere le stelle*.

B. UNHCR: LA TUTELA DELLE PERSONE RIFUGIATE E RICHIEDENTI ASILO⁸⁰

L'UNHCR (Alto Commissariato ONU per i Rifugiati) si occupa sin dal 1950 di garantire la protezione alle persone rifugiate secondo

⁸⁰ Il presente paragrafo è stato redatto da Patrizia Bonamici.

la Convenzione delle Nazioni Unite relativa allo status dei rifugiati adottata a Ginevra nel 1951. A livello globale, UNHCR lavora in 137 paesi con il compito di guidare e coordinare la protezione dei rifugiati e le azioni necessarie per garantire il loro benessere.

In origine, l'Agenzia era stata incaricata di trovare rifugio alle persone costrette alla fuga a causa della Seconda Guerra Mondiale. Il mandato prevedeva una durata limitata (di soli tre anni) e un contesto operativo territorialmente delimitato (l'Europa).

Tuttavia, l'insorgere di nuovi conflitti ha fatto sì che l'Agenzia continuasse il suo intervento sino ai giorni nostri. Solo per citare alcuni esempi, l'era post-coloniale è stata caratterizzata da lotte per la liberazione dei territori ma anche da lotta per il potere con l'immediata conseguenza di un sempre crescente numero di persone in fuga a causa di conflitti interni. Il 2019 ha segnato quattro decenni di esodi forzati dall'Afghanistan mentre nel 2021 ha segnato il decennio del conflitto in Siria. Il perdurare e il generarsi di nuovi conflitti ha portato, negli anni, il numero delle persone in fuga ad aumentare in modo vertiginoso. Ogni anno, in occasione della Giornata Mondiale del Rifugiato, UNHCR presenta il *Global Trends*, ossia il rapporto che indica le principali tendenze statistiche riguardanti i rifugiati, i richiedenti asilo, gli sfollati interni e apolidi in tutto il mondo, nonché il numero di persone che sono tornate nei loro Paesi o aree di origine. Anche nell'ultimo report è stata registrata una preoccupante tendenza all'aumento del numero di persone costrette a fuggire a causa di persecuzioni, conflitti, violenze, violazioni dei diritti umani: detto numero è salito a 89,3 milioni, più del doppio rispetto al 2012 e ben 8% in più rispetto all'anno precedente.

89,3 MILIONI

DI PERSONE IN FUGA NEL MONDO

Ma nel 2015 la crisi di paracetamoli, conflitti, violenze, violazioni di diritti umani o eventi che comprometteranno gravemente l'ordine pubblico

27,5 milioni di rifugiati 27,5 milioni di persone in fuga per motivi politici, religiosi, etnici o di persecuzione	59,3 milioni di sfollati interni 59,3 milioni di persone in fuga all'interno del proprio paese	4,5 milioni di richiedenti asilo 4,5 milioni di persone che hanno chiesto asilo politico	4,4 milioni di rimpatriati 4,4 milioni di persone che sono state rimpatriate nel loro paese d'origine
--	--	--	---

I Paesi a reddito basso o medio hanno accolto l'83% di tutti i rifugiati su scala mondiale e i venezuelani fuggiti all'estero.¹ I Paesi meno sviluppati hanno assicurato asilo al 27 per cento del totale.

Il 72 per cento dei rifugiati e dei venezuelani fuggiti all'estero vive in Paesi confinanti coi propri Paesi d'origine.

La Turchia ha accolto quasi 2 milioni di rifugiati, il numero più elevato su scala mondiale. La Colombia è stato il secondo Paese con oltre 1,8 milioni, compresi

Turchia	3,9 milioni
Colombia	1,8 milioni
Uganda	1,5 milioni
Pakistan	1,5 milioni
Germania	1,3 milioni

In rapporto alle popolazioni nazionali, l'isola di Aruba ha accolto il numero più elevato di venezuelani fuggiti all'estero (1 su 6), mentre il Libano ha accolto il numero più elevato di rifugiati (1 su 8) seguito da Curaçao (1 su 10), Giordania (1 su 14) e Turchia (1 su 23).²

País	Idade Média (anos)
Arábia	1 su 6
Líbano	1 su 8
Curacao	1 su 10
Geórgia	1 su 14
Turquia	1 su 23

Gli Stati Uniti d'America sono stati il Paese che ha ricevuto il numero più elevato di domande individuali.

Stati Uniti d'America	188.900
Germania	148.200
Messico	132.700
Costa Rica	108.500
Francia	90.200

dei due terzi (69 per cento) di turchi e venezuelani fuggiti all'estero provengono da soli cinque Paesi.

La cifra include rifugiati, migranti e richiedenti asilo venezuelani segnalati attraverso la Piattaforma di

**Coordinamento Interagenzie per
Rifugiati e Migranti dal Venezuela?**

5,7 MILIONI DI
PERSONE IN FUGA
HANNO FATTO
RITORNO A CASA.

5,7 milioni di persone in fuga hanno fatto ritorno alle proprie terre o ai propri Paesi di origine nel 2021, compresi 5,3 milioni di sfollati interni e 429.300 rifugiati.

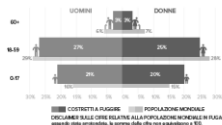
57.500

RIFUGIATI REINSEDIATI

Nel 2021 sono stati reinsediati 57.500 rifugiati, due terzi in più rispetto all'anno precedente (34.400), secondo statistiche governative. L'UNHCR ha presentato agli Stati 63.200 casi di rifugiati da reinsediare.

DATI DEMOGRAFICI DELLE PERSONE IN FUGA

I minori costituiscono il 30 per cento della popolazione mondiale, ma il 41 per cento di quella composta da tutte le persone costrette a fuggire.²



- 1 Fondo Internal Displacement Monitoring Centre (IDMC).
- 2 La cifra non include i richiedenti asilo e i rifugiati venezuelani.
- 3 <https://www.government.org.uk/countries-by-income-level>
- 4 Includendo i 483.000 rifugiati parzialmente presenti in libano registrati con l'UNHCR, la popolazione aumentò a uno su cinque.
- 5 Inoltre, il Libano ha accolto 483.000 rifugiati palestinesi e altri 3,2 milioni sono stati accolti dalla Giordania, tutti sotto il mandato dell'UNHCR.
- 6 Numero di rifugiati venezuelani e di venezuelani fuggiti dal paese.
- 7 [Diretta Piattaforma di Coordinamento transnazionale per Rifugiati e Migranti dal Marocco](https://www.unhcr.org/it/coordination-mechanism-for-refugees-in-morocco)

Fig. 2 – Numero di persone costrette alla fuga (febbraio 2022).

Il numero totale di rifugiati nel mondo è aumentato del 24%, passando da 25,7 milioni alla fine del 2021 a 32 milioni a metà del 2022. A fine giugno, più della metà di tutti i rifugiati (56%), compresi quelli che necessitano di protezione internazionale, erano siriani, venezuelani o ucraini. A metà del 2022, la Turchia ospitava 3,7 milioni di rifugiati, la popolazione più numerosa a livello mondiale, mentre la Colombia era al secondo posto con 2,5 milioni e la Germania al terzo posto con 2,2 milioni di rifugiati, seguita da Pakistan (1,5 milioni) e Uganda (1,5 milioni).

In Italia UNHCR è presente fin dal 1950 e, dal 15 aprile 1952, è stato inaugurato l'ufficio UNHCR di Roma, che dal 2007 al 2019 ha coordinato e supervisionato le nostre operazioni in Italia, Cipro, Santa Sede, Malta, Spagna, Portogallo e San Marino, in qualità di Rappresentanza Regionale per il Sud Europa (RRSE). Dal 1° gennaio 2020 l'ufficio è stato trasformato in Rappresentanza dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati per l'Italia, la Santa Sede e San Marino. L'operazione in Italia si caratterizza per essere operativa direttamente o attraverso *partners* durante tutto il ciclo del sistema di protezione e di accoglienza grazie alla stretta collaborazione con il Governo e con i principali attori di riferimento istituzionali e non. UNHCR è impegnata, prima di tutto, nei luoghi di ingresso sul territorio (sia per quanto riguarda gli arrivi via mare così come quelli via terra attraverso le frontiere nord-est) per fornire alle persone appena arrivate informazioni sui loro diritti e sulle procedure di asilo. Nei luoghi di arrivo e poi nei centri di accoglienza, le attività si focalizzano nel supportare le autorità nell'individuazione di persone portatrici di esigenze specifiche – quali minori che viaggiano da soli, persone sopravvissute a torture o a violenza sessuale e di genere – che hanno bisogno di cure e protezione adeguate al proprio vissuto.

Mantenendo contatti con le autorità competenti, l'UNHCR lavora per assicurarsi che le persone che necessitano di protezione specifica siano segnalate tempestivamente per ricevere un *follow-up* adeguato – incluse cure mediche e supporto psicosociale – e per avere accesso prioritario alle procedure di determinazione dello *status* di rifugiato. Un particolare focus riguarda il supporto alle persone affette da disagio mentale. Affrontare i bisogni di salute mentale e di supporto psicosociale (MHPSS- *mental health and psico-social support*) è infatti

parte integrante dell'approccio dell'UNHCR alla protezione dei rifugiati e degli altri sfollati. Le esperienze di sfollamento a causa di conflitti armati, così come le persecuzioni o catastrofi comportano un significativo stress psicologico e sociale su individui, famiglie e sull'intera comunità. Le persone non solo non solo subiscono atrocità prima o durante la fuga, ma anche le loro condizioni di vita una volta raggiunta la sicurezza, possono comportare stress e difficoltà significative. L'UNHCR lavora per garantire loro un accesso adeguato alle cure mediche e psicologiche, nonché per promuovere la loro inclusione sociale e il rispetto dei loro diritti umani. Il personale dell'UNHCR, inoltre, visita regolarmente le strutture di accoglienza nelle quali sono collocate le persone in arrivo, collaborando con le autorità competenti per assicurare che siano fornite condizioni di accoglienza sicure e dignitose. Sono, inoltre, oggetto di visita i centri di permanenza per il rimpatrio al fine di accertare che questi rispondano a standard adeguati e che le persone trattenute abbiano accesso alle procedure di determinazione dello status di rifugiato.

Per quanto riguarda le procedure per il riconoscimento dello *status* di rifugiato, pur trattandosi di una procedura svolta dal Ministero dell'Interno attraverso le Commissioni Territoriali, il personale dell'UNHCR partecipa ai lavori delle suddette Commissioni, fornendo consulenza sia sulle procedure sia sui criteri per determinare se una persona può essere considerata rifugiata. In stretta collaborazione con la Commissione Nazionale per il diritto di asilo, inoltre, UNHCR monitora la qualità delle procedure di determinazione dello *status* di rifugiato e promuove l'adozione di linee guida per far sì che i richiedenti asilo che siano potenziali vittime di tratta degli esseri umani siano segnalati ai servizi appropriati. L'operazione in Italia è impegnata, inoltre, a promuovere la piena inclusione delle persone rifugiate in modo che gli stessi possano godere di tutti i diritti acquisiti (le persone a cui è stato riconosciuto lo status di rifugiato hanno molti degli stessi diritti dei cittadini: libertà di movimento, accesso al mercato del lavoro, istruzione, cure mediche e altri servizi sociali) attraverso azioni finalizzate a dare piena attuazione al Piano Nazionale Integrazione del Governo. Per quanto riguarda il reinsediamento delle persone rifugiate da altri paesi di primo asilo, UNHCR contribuisce, sin dal 2014, a sostenere il programma di reinsediamento italiano for-

nendo assistenza tecnica alle autorità responsabili chiedendo condizioni di accoglienza adeguate e inclusione sociale. UNHCR, infine, promuove canali di ingresso complementari, sicuri e regolari, quali i corridoi umanitari e le evacuazioni umanitarie di emergenza, di cui l'Italia è un leader mondiale.

C. INTERVISTA A SOFIA DUTCHAK (PSICOLOGA UCRAINA) DI VERONICA PASQUARIELLO

Veronica: Sofia puoi parlarci un po' di te?

Sofia: Mi chiamo Sofia, provengo dall'Ucraina, vengo in Italia già dal 2006 per motivi familiari, ma ci vivo stabilmente dal 2013. I miei studi iniziano con una specializzazione medica-infermieristica, e proseguono poi nell'ambito della psicologia medica. Ho svolto corsi di formazione nell'ambito della psicomotricità, terapia con la sabbia, emergenza e trauma, psicologia e criminologia giuridica a Roma, mediazione umanistica, fino ad ottenere una specializzazione in psicoterapia sistemico-familiare. Ho fatto parte di una commissione internazionale antiviolenza per le donne ucraine in tutto il mondo, durante il periodo della pandemia ho offerto supporto online agli ucraini rifugiati in tutto il mondo.

Attualmente mi occupo di mediazione, consulenza e supporto psicologico ai rifugiati ucraini e traduzione.

Veronica: Di che cosa ti occupavi come psicologa quando ti trovavi in Ucraina?

Sofia: Ho iniziato il mio percorso lavorativo nelle scuole, come psicologa scolastica, con incontri di gruppo rivolti a bambini, ragazzi e famiglie a rischio. Collaboravo con l'Università per progetti di ricerca sugli effetti dell'ospedalizzazione nei bambini oncologici e delle loro famiglie. Mi occupavo privatamente di supporto psicologico, individuale e grupppale, di adolescenti e adulti ed in collaborazione con il Consolato, nel 2016 ho svolto

un progetto di supporto psicologico e mediazione per ucraini in Italia. Nel 2010 con il programma Vasi, mi sono occupata di supporto psicologico ai migranti ucraini a Londra, con incontri online; ho creato un gruppo di lavoro con psicologi ucraini e mediatori per offrire supporto psicologico a rifugiati ucraini.

Veronica: Secondo la tua esperienza, personale e professionale, quali erano i vissuti della popolazione ucraina nel periodo precedente lo scoppio della guerra?

Sofia: *Prima della guerra, già c'erano situazioni sgradevoli per le persone ucraine in Italia. Già dal 2000 tre quarti della popolazione ucraina è migrata in Italia in cerca di lavoro, per la maggior parte come assistenti alle persone anziane. Il vissuto di queste persone è difficile, in quanto abbandonavano le loro famiglie di origine, i loro studi, i loro affetti, in cerca di una stabilità, di una casa, per poi cercare di portare con sé in Italia i loro figli. Questi bambini arrivati in Italia, si sono stanziati come cittadini italiani, che a loro volta crescendo hanno creato poi le loro famiglie, ma portando con sé traumi transgenerazionali, disturbi emotivi, difficoltà di adattamento, anche tanti casi di violenza fisica e psicologica. In alcuni casi non hanno visto riconoscere i loro diritti per molti anni, hanno vissuto inizialmente la difficoltà della lingua, o la difficoltà di appoggiarsi ad organizzazioni che proteggessero i loro diritti.*

Le donne ucraine che assistevano gli anziani inviavano i risparmi alle loro famiglie in Ucraina per far crescere i loro figli, ma l'aspetto più doloroso era che nel ritorno saltuario delle donne in Ucraina questi figli non le riconoscevano affettivamente come genitori, ma solo dal punto di vista economico. Il vissuto emotivo delle donne supportate in questi anni è stato di persone che avevano vissuto un'intera vita di sacrifici per i figli senza poter godere della loro vicinanza affettiva, sentendo così di aver perso un'intera vita. Anche per i bambini nati in Ucraina e stabilizzati poi in Italia emergevano difficoltà legate alla lingua. Con la pandemia si sono acutizzate le difficoltà emotive legate alla lontananza dalla loro famiglia, un po' per le legittime preoccupazioni legate alla paura del COVID-19 e, per la maggior parte dei

casi, legate all'impossibilità di andare in Ucraina per stare con i loro affetti. Tutto ciò ha comportato ripercussioni fisiche, psicologiche e psichiatriche. Nel 2014, in un progetto come mediatrice, ho avuto modo di lavorare in ospedale con bambini oncologici e le loro famiglie, un progetto che li accompagnava a stare con il dolore e con il tema della morte. Ho visto come in molti casi le famiglie incontrate vivevano già profonde difficoltà emotive con sintomi psicosomatici, espressione di conflitti irrisolti transgenerazionali, aggressività, non detti. La maggior parte di queste famiglie aveva in comune difficoltà psicologiche.

Veronica: Puoi raccontarci come è stato il tuo arrivo in Italia e se ti sei sentita accolta?

Sofia: L'arrivo in Italia non è stato facile, non avevo aiuti, ero giunta per una motivazione personale e non pensavo all'accoglienza. Ho iniziato subito a svolgere vari lavori anche non inerenti la mia formazione. Ho sentito grande gratitudine per l'Italia come terra, perché ha salvato la mia famiglia.

Veronica: Ci puoi raccontare com'è stata la tua esperienza lavorativa in Italia? Inizialmente hai incontrato difficoltà a inserirti nel contesto lavorativo? E invece nel farti riconoscere la tua professione in Italia?

Sofia: Il Italia non è stato riconosciuto il mio titolo. Ho potuto lavorare inizialmente come mediatrice, consulente ma non come psicologa.

Veronica: Come ti sei sentita a far coesistere la tua esperienza di vittima e soccorritrice?

Sofia: La mia anima professionale di psicologa, mediatrice, consulente, non è solo un lavoro ma una parte di me, uno stato d'animo. Ciò che ho vissuto anche come persona mi ha permesso di trasformare questa esperienza dolorosa in qualcosa di prezioso, in più mi ha permesso di sentirmi più vicina e comprensiva

del dolore delle persone perché sapevo cosa stavano provando. Sento che è un lavoro, un dovere e un amore; è gratitudine per quello che ho ricevuto.

Veronica: Quali reazioni al trauma della guerra hai osservato nelle persone che hai assistito?

Sofia: Le prime settimane e i primi mesi dopo lo scoppio della guerra le persone erano sotto shock, congelati, sia gli adulti sia i bambini. Entrambi avevano comportamenti regressivi. Nei bambini per esempio i comportamenti regressivi erano nella richiesta di affetto e accudimento, e anche la regressione si vedeva nella perdita del controllo degli sfinteri; negli adulti in particolare ho osservato la presenza di tratti depressivi. Verso la fine dell'estate ed inizio settembre le persone non sapevano cosa aspettarsi, sentivano un'instabilità. Molte persone hanno riportato attacchi di panico, ansia, difficoltà relazionali. Adolescenti e bambini nelle scuole si sono rifiutati di rimanere a studiare in Italia perché volevano tornare in Ucraina ma anche perché si sentivano diversi. L'iper-accoglienza dei primissimi mesi dallo scoppio della guerra li ha esposti ad un'emozione di vergogna e di stato di "poveri, bisognosi", motivo per cui gli adulti volevano subito darsi da fare per rendersi utili e ricambiare la loro accoglienza. Adulti e bambini non volevano essere troppo visti, ciò ha creato in loro un effetto opposto, non volevano essere visti come rifugiati o poveri. Un esempio è stato un servizio di supporto offerto in un Orfanotrofio, in cui mi sono occupata di supporto e inclusione di ragazzi italiani e ucraini senza famiglie, adottati da una comunità per minori, che ospitava ragazzi da 10 a 16 anni. I ragazzi ucraini erano molto chiusi, isolati, non volevano integrarsi, la sfida più grande è stata proprio l'integrazione.

Veronica: Come si approcciano gli ucraini all'intervento psicologico in generale?

Sofia: Ci sono state tante richieste, hanno accolto bene l'aiuto

degli psicologi. È stato più difficile per le persone ucraine arrivate in Italia molto tempo prima, sia per la cultura sia per l'apertura. Secondo me ci vuole più tempo e più incontri psicoeducativi e di supporto psicologico. I più giovani sono più predisposti all'aiuto anche di tipo psichiatrico. Questi ultimi sono aperti per incontri di gruppo, aiuto di assistenti sociali e mediazione.

Veronica: Ci sono differenze secondo te nell'accogliere l'aiuto offerto da psicologi italiani piuttosto che da psicologi ucraini? I nostri psicologi hanno constatato una certa resistenza da parte della popolazione ucraina a chiedere e accettare l'aiuto offerto. Tu cosa ne pensi e quali secondo te potrebbero essere le motivazioni?

Sofia: *L'aiuto offerto dagli psicologici ucraini è sicuramente per i rifugiati più semplice, per una questione linguistica. Si affidano di più e sentono che gli psicologi ucraini possono capire meglio le loro motivazioni e i loro bisogni poiché hanno le stesse radici e condividono la loro stessa esperienza. Possono condividere con il terapeuta anche notizie della loro terra (Esempio: "sai oggi hanno liberato una città ucraina"). Nel supporto con gli psicologi italiani invece ci vuole un tempo maggiore per affidarsi, ci sono tempi più lunghi anche dal punto di vista burocratico. Sono molto grati per l'aiuto offerto ma il tema della fiducia è cruciale.*

Veronica: A tal proposito cosa pensi si possa migliorare nell'intervento a supporto delle vittime?

Sofia: *Importante è costruire una buona rete, chiara, e collegare tutti gli aiuti messi a disposizione da chiese, associazioni, rete sanitaria ecc. I tempi lunghi di una presa in carico e della burocrazia a lungo termine scoraggiano le persone che hanno bisogno di un aiuto immediato. Ci sono anche stati dei conflitti tra realtà istituzionali ucraine e italiane che dovrebbero essere risolte. Sento una chiusura da parte dell'istituzione italiana nel promuovere una mediazione fra realtà italiane e ucraine per aumentare l'efficacia. Creare una rete chiara, logistica, fra tutte le realtà del soccorso, serve a riunire le potenzialità e gli ambiti.*

Non basta solo il supporto psicologico. Loro hanno bisogno di fare qualcosa dal punto di vista sociale perché hanno molta voglia di fare e di rendersi utili. Sono rifugiati ma sono anche una grande risorsa per il paese che li accoglie. Non solo per prendere qualcosa per sé ma anche per dare. Si rendono utili e danno un aiuto. Questo lavoro è fondamentale anche per diminuire la traumatizzazione della comunità ucraina nelle varie generazioni che verranno.

D. IL POPOLO UCRAINO DI FRONTE ALLA PERDITA E AL DOLORE⁸¹

Cosa stiamo perdendo nella vita e nelle perdite degli ucraini dall'inizio della guerra. Cos'è la perdita? Che cosa influenza la profondità e la gravità della perdita? Come vivere adesso? Come possiamo aiutare a superare il lutto? Vorrei partire da queste domande per aprire il mio contributo.

Certo, tutti subiscono perdite nella vita. È parte integrante della vita. Può essere un divorzio, la perdita di un amico, il trasloco di casa. Almeno una volta nella vita abbiamo perso le chiavi o il portafoglio. Perdita dell'amore, morte di un cane, bocciatura a un esame? Sì, può capitare a chiunque. Qualcuno vive questi momenti con grande difficoltà e qualcuno più facilmente.

Dal febbraio 2022, gli ucraini, come nazione e come singoli individui di una popolazione di 43 milioni di persone, hanno ricevuto *sia un'enorme perdita nazionale che ciascuno individualmente una propria perdita*, cosa che non era mai accaduta prima. Si tratta di una perdita di sicurezza, stabilità, perdita di persone care, perdita di case, proprietà, posti di lavoro e reddito. La perdita dei legami sociali e del sostegno ha influito molto anche sullo stato psicologico di chi è rimasto e di chi si è allontanato dalle esplosioni. Chi ha lasciato casa ed è venuto in Italia ha sentito anche la perdita della possibilità di comunicare nella propria lingua, di essere nel proprio ambiente culturale e

⁸¹ Il presente paragrafo è stato redatto da Nataliia (Tasha) Rezyk De Pirro, psicoterapeuta ucraina.

linguistico.

La perdita o la reazione alla perdita possono essere causate dalla morte di una persona cara, o, ad esempio, dall'asportazione di una parte del corpo, dalla rottura dei legami familiari (divorzio), dal licenziamento dal lavoro, dall'abbandono della propria casa, della propria squadra, ecc. Le perdite improvvise avvenute in relazione alla guerra sono molto diverse da quelle prevedibili, per le quali puoi in qualche modo prepararti e concederti il tempo di accettare. Cosa influenza il processo di convivenza con una perdita?

- L'età della persona perduta e l'età di chi ha subito la perdita;
- La causa della perdita: se è una perdita improvvisa e inaspettata come violenza, incidente, suicidio;
- Caratteristiche psicologiche della persona;
- Presenza di un'esperienza pregressa;
- La presenza o meno di legami di famiglia.

Come vivere adesso? Questa è una domanda che gli ucraini all'estero affrontano ogni giorno. Dove trovare cibo e riparo, dove trovare lavoro, come prendersi cura dei familiari lontani, soprattutto genitori e parenti anziani. E se il problema della sicurezza fisica non è acuto, allora tutti gli altri problemi esacerbano le difficoltà che sono sorte tutte allo stesso tempo, il che porta a stress acuto, e in futuro a disturbo da stress post-traumatico. Queste manifestazioni compaiono più tardi, ma possiamo già osservare che il loro numero è in aumento. Inoltre, il bisogno di supporto psichiatrico appare quasi sempre associata con il supporto psicologico.

Esistono molti modelli di dolore che sono stati sviluppati da vari specialisti:

- Modello di 5 stadi di Kubler Ross (1969)
- Il modello di Rubin ha due modi di affrontare il dolore che esistono fianco a fianco. 1. Funzionando a livello dei sentimenti. 2. Comunicazione con il defunto.
- Il modello di Neumeier: trovare o creare un significato per la perdita

Questi modelli aiutano gli specialisti a lavorare con gli ucraini che cercano aiuto psicologico, ma è importante capire che questi processi sono molto lenti e, dato che la guerra non è finita, questo processo ha i suoi segni regressivi, quando torniamo di nuovo alla fase che era quasi completata. Se semplifichiamo tutte le fasi, possiamo vedere quelle principali che attraversano in un modo o nell'altro tutti coloro che sono venuti in Italia a causa della guerra: *Shock - Dolore - Riorganizzazione - Completamento*. Per passare da una fase all'altra è importante aiutare a trovare il modo in cui ognuno possa affrontare nel migliore dei modi le difficoltà che incontra.

Muoli Lahad (Muly Laad), psicologo israeliano e specialista in psicotrauma, ha sviluppato il primo modello "Nessuno è solo". Studiando le reazioni psicologiche dei bambini nei rifugi, ha realizzato il modello *Basic PH*, che aiuta a trovare il modo migliore per affrontare lo stress in base alle caratteristiche e ai principali canali di risorse dell'individuo:

- Sentimenti: musica, canzoni, poesie
- Mente: donazione, volontariato
- Fede: preghiere, servizio nel tempio
- Supporto sociale: incontrare amici, cercare e creare nuovi contatti
- Corpo - attività fisica, esercizi per il corpo
- Immaginazione - disegno, scultura

Considero molto importante continuare a implementare tutti i tipi di assistenza in Italia per ridurre al minimo le conseguenze della traumatizzazione:

- Assistenza sociale
- Supporto sociale e psicologico
- Supporto emotivo
- Psicoterapia dei disturbi che accompagnano il lutto: depressione, stati d'ansia con il supporto di specialisti in psichiatria per il supporto farmacologico di tali stati.

Come possiamo aiutare gli ucraini in lutto?

- Stai vicino e ascolta, fai meno domande
- Non forzare il risultato, ognuno ha bisogno di tempi diversi per l'elaborazione del lutto.
 - Mostra rispetto e accetta ciò che sta accadendo: non criticare, non incolpare, non interrompere quel che ti sta dicendo
 - Vedere il beneficio nell'espressione del proprio dolore da parte di una persona, non rassicurare
 - Consenti a te stesso di diventare un solido supporto su cui una persona può appoggiarsi.

15. MIGRANTI E PROFUGHI. UNA RIFLESSIONE PSICOANALITICA SULLA SPERANZA

Patrizia Montagner

La speranza è definita dalla “Treccani: “sentimento di aspettazione fiduciosa nella realizzazione presente o futura di quanto si desidera”⁸². La speranza non è un concetto psicoanalitico, è piuttosto un sentimento umano, sul quale la riflessione psicoanalitica si è talvolta soffermata. Essa implica tuttavia concetti che la psicoanalisi ha approfondito, come la fiducia, il desiderio, il senso del tempo. Sappiamo che il nostro lavoro clinico quotidiano tiene conto della speranza. Quando decidiamo di intraprendere un’analisi, una psicoterapia, o anche proseguire una consultazione psicoanalitica, ci chiediamo, a volte a livello preconscious, quanta “speranza” ci può essere che il nostro lavoro porti a qualche significativo cambiamento della condizione psichica del nostro paziente, commisurata al momento evolutivo in cui vive, alle risorse interiori e anche a quelle ambientali. Ci troviamo talvolta a fare i conti con una situazione di totale mancanza di speranza, di disperazione, allora uno degli obiettivi che ci poniamo può essere quello di far rinascere un sentimento di speranza.

Della speranza parla Winnicott. la considera un elemento importante nel lavoro, ad esempio con bambini e adolescenti deprivati, cioè ragazzi/e per i quali l’ambiente ha svolto un ruolo almeno parzialmente fallimentare. In proposito egli afferma che:

Anche gli atti antisociali (...) indicano che, sia pure momentaneamente può esservi speranza, speranza di riscoprire una madre, una casa, un rapporto interparentale che siano accettabili. Anche l’ira può indicare che c’è speranza (Winnicott 1968., p. 179)

Dunque, l’emergere di comportamenti nei bambini che apparentemente creano difficoltà di gestione da parte dei *caregivers*, è visto in-

⁸² *Speranza*. testo disponibile dal sito <https://www.treccani.it/vocabolario/speranza/>

vece come un gesto attivo alla “brancolante ricerca di recupero ambientale, e indicano speranza “ (*ibidem* p.180). Winnicott ci suggerisce qui di essere disponibili a dare un senso diverso ad alcune azioni che sembrano, a prima vista, distruttive. Facendo riferimento al pensiero di Winnicott, (1971) ripercorriamo le fasi che lo psicoanalista inglese descrive come naturali nel bambino per giungere al riconoscimento dell’oggetto come Altro da sé. Nell’evoluzione del rapporto con l’oggetto materno, egli individua una prima fase di illusione:

quando l’adattamento della madre ai bisogni del bambino è sufficientemente buono, esso dà al bambino l’illusione che vi sia una realtà esterna che corrisponde alla capacità propria del bambino di creare (Winnicott 1971 p. 39)

Questa viene naturalmente seguita dalla creazione dell’oggetto transizionale, che si colloca nello spazio dove prima era l’illusione. Si assiste poi sempre più all’allargamento di esso nella costituzione di un’area intermedia in cui ha luogo l’azione creativa, la comunicazione, l’arte ecc. cioè, quello che Winnicott descrive come *il luogo in cui viviamo* (Winnicott 1971 p. 179) nel senso dell’area in cui sentiamo di poter essere vivi e di creare il mondo, essendo tuttavia capaci di collocarci nello spazio e nel tempo. È in quest’area, che sta tra la realtà concreta e il mondo interno, nello spazio intermedio, che si colloca l’esperienza della speranza. L’oggetto si costituisce come tale quando avviene l’abbandono dell’illusione, ma tale abbandono non distrugge la possibilità di pensare ad un proprio futuro, di immaginare, almeno parzialmente di crearlo, dopo essere passati attraverso l’esperienza della disillusione, ed essere stati in grado, grazie all’apporto del mondo esterno, ma anche della forza della propria vita interiore, di trasformare tutto ciò in un pensiero creativo. Sempre Winnicott in un suo lavoro su *La libertà* scrive:

L’essenza della crudeltà consiste nel distruggere all’interno dell’individuo quell’elemento di speranza che rende significativi gli impulsi, il pensiero e la vita creativa (1986 p. 250). (corsivo mio).

La speranza si costituisce a partire dalla capacità di mantenere insieme, nella propria mente, sia gli aspetti positivi che quelli negativi della realtà, sia quella esterna, concreta, che quella interiore con la quale abbiamo a che fare noi stessi, solo noi stessi, ma dalla quale non possiamo fuggire. La condizione psichica in cui si trovano migranti e profughi che arrivano nel nostro Paese è spesso una condizione senza speranza: sono dei disperati. E con questa loro disperazione ci obblighino a confrontarci, se vogliamo davvero pensare di fornire loro l'aiuto di cui hanno bisogno. Molti di loro hanno fatto una esperienza della crudeltà che distrugge la speranza.

L'incontro con i profughi ucraini e con la loro sofferenza psichica, mi porta a fare delle considerazioni sulla diversità che la loro condizione interiore e socioambientale presenta rispetto ad altri migranti o richiedenti asilo provenienti da contesti diversi, in particolare rispetto alla capacità/ possibilità di tenere vivo un elemento di speranza.

A. I MIGRANTI DAL MEDITERRANEO E DALLA ROTTA BALCANICA

Chi attraversa il Mediterraneo o segue la Rotta balcanica per giungere nel nostro Paese spesso si trova ad affrontare difficoltà inimmaginabili: è vittima di violenze, torture, prigionia, le donne subiscono stupri. Tutti loro, talvolta attraversando esperienze traumatiche, perdono la fiducia nell'umanità, tuttavia, quando arrivano da noi comunicano il desiderio di costruire una nuova vita e di ricreare dentro di loro uno spazio di speranza. In questo percorso la funzione di coloro che li accolgono, la modalità di accoglienza, la comprensione delle loro problematiche, la capacità di dare un senso ai loro comportamenti, di riconoscere il riemergere della vita, svolge un ruolo fondamentale (Montagner 2019). Il recupero del desiderio a volte si presenta immediatamente, altre si manifesta dopo un periodo di disorientamento che gli operatori chiamano "tempo per riprendersi". Cosa può significare questo? Penso che significhi "tempo per riprendere dentro di sé il contatto con la propria storia e i propri desideri", tempo per tornare a pensare al futuro possibile. Chi migra da Paesi in cui la condizione di vita è difficile, si trova a non vedere prospettive di un lavoro

e di una serenità nel luogo di origine, il più delle volte sceglie di andare via, lasciando i propri affetti, le abitudini, la cultura, la storia, perché ha l'obiettivo di stare meglio, di costruire un futuro buono altrove. L'esperienza traumatica della migrazione può distruggere questo futuro, perché questo non succeda spesso viene messa da parte. Essa prende la strada della rimozione o, peggio, della scissione, in tal modo non è né elaborata, né trasformata, ma tornerà così a disturbare la vita di chi l'ha subita, o a ricadere addosso alla/e generazioni future (trasmissione transgenerazionale). Del resto, questo movimento psichico di difesa talvolta è indispensabile per poter procedere, per tornare a sentire il desiderio e la speranza. Ho osservato che il percorso psichico, in questi casi, presuppone tre tappe distinte: l'illusione, la delusione, la speranza. Segue, cioè, in qualche modo la linea evolutiva che Winnicott ha individuato. L'illusione è ciò che muove molte volte i migranti e richiedenti asilo. Tramite i *media*, la televisione e soprattutto tutti quei canali sociali che mostrano vignette della vita nel nostro Paese o nel nostro Continente, si costruiscono una fantasia che da noi, o comunque in Europa, ci sia la possibilità di stare molto bene, di avere un guadagno facile, di costruirsi una famiglia, trovare un lavoro e una condizione molto soddisfacente. Questa illusione a volte è davvero totalmente priva di un contatto con la realtà. Paradossalmente anche chi viene in Europa per congiungersi a parenti o conoscenti che già vi abitano, arrivati come migranti e poi lentamente inseriti nel nuovo ambiente di vita, e che dovrebbe meglio sapere come stanno le cose, è sostenuto dalla stessa illusione. Ci viene da chiedere – ma i parenti non dicono le cose come stanno? - Credo che non le dicano, o non le dicano del tutto, perché è molto difficile e doloroso ammettere che qui non si sta meravigliosamente bene, come si credeva. A volte farlo sarebbe fonte di vergogna. Inoltre, sarebbe una grave delusione anche per chi è rimasto nel Paese di origine, e magari ha sacrificato a lungo per pagare il viaggio del familiare migrante. Tuttavia, questa illusione svolge una importante funzione di spinta e di attivazione delle risorse psichiche interiori, soprattutto nei momenti in cui è necessario un di più di esse, quando è in gioco la sopravvivenza. Più l'attraversamento è stato doloroso e magari violento, e più la persona che lo ha compiuto, per non perdere il contatto con sé stesso e una minima fiducia nella capacità di recuperare, ha dovuto appoggiarsi psichicamente ad un “oggetto da salvare” (Amati Sas 2020), cioè ad

una idea, un desiderio, ma anche al pensiero di una persona cara, la cui importanza affettiva deve essere sufficientemente forte da mantenere in vita il percorso di sopravvivenza, fornire una qualche ancora psichica. Più tutto questo è stato faticoso, doloroso, violento, traumatico e più la delusione nell'arrivare nel nostro Paese, è forte e potenzialmente distruttiva per la vita psichica. In effetti dobbiamo riconoscere che l'orrore di taluni eventi è intollerabile e che il numero di persone seriamente disturbate psichicamente tra coloro che sono ospiti dei Centri di Accoglienza è molto alto. Non mi riferisco qui tanto a persone traumatizzate che presentano tutti gli effetti dell'esperienza post-traumatica, (Elton *et al.* 2023) ma a coloro che, dopo un certo periodo di permanenza e di "assestamento" sembrano comunque presentare una incapacità di affrontare la realtà e si "rifugiano" nel grave disturbo psichico. Quest'ultimo può essere l'esito di eventi traumatici che arrivano a minare le fondamenta della personalità, non consentendole più di riavviare un processo di recupero e ricostruzione. Questo percorso non è semplice per un migrante, poiché per certi versi si tratta davvero di dare forma ad una nuova vita, tuttavia vediamo che esso è possibile, anche se doloroso perché richiede il passaggio attraverso una delicata fase di lutto (Volkan 2017). All'interno dei Centri di Accoglienza, quando viene dato sufficiente ascolto e attenzione a questi bisogni psichici, questo passaggio viene favorito e si assiste ad un rinascere della speranza.

B. I PROFUGHI UCRAINI⁸³

Come dicevo, ho osservato che la condizione psichica nella quale si trovano a vivere i profughi ucraini fuggiti dalla guerra, è diversa e paradossalmente talvolta molto più difficile. Paradossalmente perché dobbiamo constatare che queste persone, a differenza dei migranti, sulla cui accoglienza esiste un conflitto interno al nostro Paese, hanno ricevuto e continuano a ricevere una accoglienza buona. In poco tempo lo Stato si è attivato per fornire loro documenti, alloggi, riconoscimento di diritti

⁸³ Le osservazioni espresse in questa parte del testo riguardano i primi mesi di permanenza dei profughi ucraini in Italia, dopo lo scoppio della guerra (24 febbraio 2022).

simili a quelli dei cittadini italiani, possibilità di frequentare la scuola ecc. Tutto questo ha consentito concretamente un inserimento rapido nel nostro contesto sociale. Possiamo dire che è stato dato un buon contenimento e una risposta sufficiente buona che dovrebbe favorire una ripresa psichica dopo il disagio, se non addirittura il trauma, della fuga. Tuttavia, a fronte di una condizione concreta così favorevole, la situazione psichica di molte di queste persone, è problematica e complessa da affrontare. Difficile per loro e anche per chi se ne occupa. Sembra problematico soprattutto individuare, nell'esperienza dell'accoglienza, un percorso di lavoro analogo a quello che si tende a seguire con i migranti. Per cui, al di là del fornire una risposta ai bisogni primari e collocare le persone in una situazione di sicurezza, si fatica a cogliere una prospettiva più definita e di più ampio respiro. Si assiste piuttosto ad una varietà di interventi, talvolta scollegati e disorientati. Anche qui si tratta forse di darsi la possibilità di trovare un senso diverso ad azioni, che a prima vista possono sembrare se non distruttive, almeno poco costruttive, analogamente a ciò che si fa con i ragazzi che hanno subito delle deprivazioni.

Per i profughi ucraini, per la maggior parte di loro, il desiderio più grande è quello di poter tornare a casa, riprendere la vita che facevano prima della guerra nel loro Paese, ritrovare la casa, il lavoro e gli affetti e riprendere un percorso di vita che la guerra ha brutalmente interrotto. Dunque, non si tratta di un desiderio di andare avanti, ma, per così dire, di poter tornare indietro, perché il buono della vita è sentito nel passato, non nel futuro. L'attuale impossibilità a realizzarlo, fa sì che sia davvero difficile pensare a dei propositi creativi. Perché essa è accompagnata dalla costante consapevolezza che la guerra in Ucraina sta andando molto più a lungo del previsto e la distruzione e i danni causati da essa sono davvero enormi, per non parlare delle vite umane perdute. Il risultato il più delle volte è l'immobilità, l'attesa, la tristezza e il dolore. La guerra e il vissuto di essere stati cacciati a forza dalla loro terra e allontanati dagli averi e dagli affetti credo susciti in molti un senso di perdita della libertà. Non intendo qui soltanto la libertà di essere concretamente sicuri e vivi nel proprio paese, ma anche di quella interiore che consiste nella possibilità di poter fare delle scelte libere, cioè di poter dare ascolto al proprio desiderio e *scegliere* se e come realizzarlo.

E noi come siamo visti dai profughi ucraini? Credo che ci vedano

persone nelle condizioni di poter fare delle scelte, anche quotidiane, anche piccole, ma che corrispondono ai propri desideri, ai propri impulsi più profondi e creativi. Non soltanto, ma che riconoscano che abbiamo la speranza di poter continuare a mantenere tutto ciò, dentro di noi e intorno a noi, poiché la vita ci dà abbastanza fiducia. Per un verso tutto questo ci rende capaci ai loro occhi di aiutarli, ma d'altro canto può essere motivo di sentire per noi invidia e forse anche odio. Come psicoanalisti non siamo stupiti dal riconoscere tali sentimenti, essi possono rappresentare una fase importante nel recupero della propria forza vitale. Tuttavia, non sono semplici da riconoscere, né per chi si occupa di dare aiuto e sostegno ai profughi, né tanto meno dai profughi stessi, che si trovano comunque in una condizione di dipendenza concreta da chi li aiuta. Credo che questo possa aumentare il fatto che si sentano addolorati e soli e faccia crescere i momenti di silenziosa disperazione, di non capacità di credere alla sostanziale bontà sia dell'ambiente che del proprio mondo interno.

La domanda che ci si pone è: che cosa può invece aiutare a ricostruire la speranza? Coloro che lavorano con i profughi sanno quanto sia difficile poter fornire un aiuto psichico anche a chi mostra chiaramente i segni di una sofferenza che lo richiederebbe. Innanzitutto, ciò che riconosciamo spesso nei profughi ucraini è la diffidenza nell'affidarsi alle persone che offrono aiuto, anche se professionisti riconosciuti, come se accettare volesse dire tradire le proprie origini e il proprio Paese di provenienza. Maggiore disponibilità è data invece agli psicologi ucraini, che si trovano nel nostro Paese e che stanno costituendo un supporto importante. Non è soltanto, come potrebbe sembrare, un problema di lingua o di conoscenza della loro realtà sociale, ma è il bisogno di mantenere e tutelare una "appartenenza" che è vitale in senso psichico. Il desiderio di ritornare a casa è così potente, che pare inaccettabile inoltrarsi a creare legami di una qualche intimità al di fuori di essa. Osserviamo anche che talvolta la mediazione di Istituzioni come la Chiesa o le Associazioni Ucraine possono consentire la creazione di un "rapporto di passaggio" che permette l'avvio di un lavoro di aiuto psichico. Se, come abbiamo detto, la speranza nasce e vive nell'area transizionale, intermedia tra la realtà esterna condivisa e quella interiore, come è possibile tornare a pensare al "possibile", cioè al desiderio, quando la realtà esterna è talmente distruttiva e soverchiante la capacità individuale di far fronte ad essa, da minare seriamente quella interiore? Si tratta di individuare le modalità

prima di tutto di sentire quest'ultima sicura e protetta. Credo che ci sia bisogno in questo momento di sentire che chi è intorno non è indifferente, e tanto meno così centrato sulle esperienze concrete da non poter cogliere lo stato d'animo dell'altro. Che sia importante che questo bisogno di speranza sia compreso e condiviso.

Winnicott ci fa riflettere sul fatto che la speranza vive in uno spazio di libertà, quella psichica, collegata ma non sovrapponibile a quella fisica. Capacità fondamentale perché possiamo vivere come protagonisti della nostra vita. In termini psichici significa sentire di avere sufficiente dimestichezza con i propri vissuti e movimenti interiori, non averne troppo timore. Il processo psicoanalitico, di conoscenza di sé e di aiuto alla gestione dei conflitti intrapsichici e relazionali, è in sé un percorso di libertà. Dunque libertà di riconoscere i propri impulsi, desideri, limiti. Perché può essere sentito pericoloso? Il percorso clinico implica un avvicinamento ad aree di intimità che può divenire non tollerabile, in alcuni momenti, ad esempio finché perdura questa situazione esterna. Molti ucraini in Italia pensano che la loro sofferenza sia dovuta al fatto che sono lontani dal loro Paese, e che tutto tornerà a posto, anche dentro di loro, quando vi faranno ritorno. L'intimità interiore, come la loro terra che portano dentro, non può essere violata nuovamente.

Winnicott parla poi di necessità di essere abbastanza capaci di usare il pensiero e la vita creativa per essere liberi. Il pensiero è qui una funzione che dà un senso a quanto compiamo, anche le piccole cose quotidiane, collocandole all'interno di un proprio percorso di vita. Chi è fuggito dal proprio paese, come chi è rimasto per combattere, ha dato un senso profondo alle proprie azioni. L'obiettivo è quello di salvare se stessi e i propri cari, per mantenere non solo la propria vita fisica, ma lo spazio di pensiero, di affetti, di cultura, di tradizioni, di storia. Credo che questo vada riconosciuto come un grande atto di libertà. E che, come tale, vada tutelato e protetto. Forse la speranza di ricostruire il passato è proprio l'oggetto da riconoscere e da "salvare"

Se, come psicoanalisti, ci poniamo sempre la domanda, di fronte ad un paziente o futuro paziente, su che cosa sia necessario fare per lei/lui, e ogni volta si debba valutare qual'è il minimo indispensabile, in queste situazioni la valutazione deve essere ancora più attenta. Nell'insieme stiamo vedendo che fornire un aiuto psichico ad un profugo significa molto spesso paradossalmente fare il meno possibile. Ed essere capaci di cogliere un eventuale segnale di richiesta di aiuto prima d'intervenire.

Tutto il resto di ciò che facciamo dovrebbe forse passare sotto silenzio e divenire inconsapevole come le cure materne primarie (Winnicott 1965). Ci viene richiesto di collocarci come “ambiente” contenitivo e disponibile, di attivare una modalità di ascolto che dia spazio a significati nuovi. In questo senso va riconsiderato *in primis* il valore della capacità di non comunicare e di tenere la comunicazione solo tra pochi intimi. Questo ci richiede di non fare pressione a parlare. Credo che anche il silenzio, un certo silenzio, possa essere un segnale di speranza.

Inoltre, accettare un aiuto per difficoltà psichiche può essere sentito non solo come un potenziale movimento distruttivo rispetto al desiderio di ritornare in Patria e di salvaguardarla, ma anche porre a rischio il mondo interno, la propria identità e la propria storia personale. Il collocarsi in una sorta di immobilità protegge. Ciò che osserviamo è che viene volentieri richiesto l'aiuto psichico nelle situazioni in cui un problema importante in quest'area era già presente ed era curato in Ucraina, in tal caso si tratta di recuperare una continuità e non creare una frattura. Tuttavia, dobbiamo riconoscere che il rischio di questa particolare situazione dei profughi è che si crei un contesto di solitudine ed isolamento, tanto più sentito se consideriamo che le famiglie che ospitiamo sono per lo più famiglie a metà, in cui un genitore, la madre, sta qua, e l'altro, con i parenti maschi della famiglia sta là. Il nucleo viene privato perciò della presenza delle figure maschili e della funzione paterna, che è mantenuta a distanza tramite *internet*, o comunque almeno parzialmente del contenimento fornito dalla coppia genitoriale.

In particolare, è da sottolineare la condizione di isolamento e chiusura dei bambini e soprattutto degli adolescenti, che spesso passano la loro giornata collegati via *web* alla scuola in Ucraina, e si trovano a ridurre tutti i contatti reali con i coetanei, sostituendo le relazioni e l'esperienza dell'incontro con l'altro e l'appartenenza al gruppo, con contatti virtuali. Vediamo come molti di loro presentino uno stato d'animo depressivo.

Ci si chiede allora, alla luce di queste considerazioni, che evidenziano problematiche complesse e contraddittorie, come favorire il recupero della relazionalità e dell'impulso creativo. Quest'ultimo, si diceva nasce nell'area transizionale, è fatto a volte di piccole cose quotidiane, altre volte di azioni più importanti e visibili, e dà alla persona la dimensione

non solo di essere protagonista ma di essere capace di inventare e creare le azioni che fa con il proprio personale stile. Credo che sia importante allora per i profughi ucraini riuscire a sentire che non sono degli antieroi fuggiti dalla guerra, ma il loro mantenersi vivi è vitale per loro stessi, ma anche per la loro famiglia, per i figli, per il loro Paese, e che devono farlo “a loro modo”. E che il nostro compito sia quello di *rispecchiare* tutto questo. Coloro che riescono a sentire questo mantengono un sentimento di speranza. L’impulso creativo di tante persone, quando si riuniscono, fa crescere l’area in cui si condividono le tradizioni, la cultura, l’arte e anche il pensiero religioso. Per questo credo anche che un aiuto importante sia quello di dare la possibilità ai profughi di avere momenti in cui vengono celebrate le tradizioni e i riti del luogo di nascita. Così ciascuno può tornare a sentire che sono mantenute vive, che può essere vivo e vitale e che la sua forza di vita sostiene ed è sostenuta da quella degli altri. Mantenere queste tradizioni, condividere ideali, modi comuni di intendere e dare senso alla propria vita, nutrire la comune cultura e la comune fede, non sono soltanto una usanza che non va perduta, ma un evento che coinvolge la profondità del proprio essere e si collega alle radici della propria storia e di quella del proprio Paese.

Tutte le attività, che si situano all’interno dell’area condivisa in cui si sviluppa la creatività, sono potenzialmente generatrici di speranza. Anche il ricostituirsi del senso del tempo è importante. Operare in quest’area significa riuscire, almeno in alcuni momenti, a riconoscere di stare all’interno di un tempo e di uno spazio che sono quelli attuali. Vivere nel passato non consente di essere davvero vivi, ma di sentirsi dei sopravvissuti o, peggio, di sentire che la vita scorre senza esserne protagonisti. La condizione di profugo può essere sentita senza tempo, senza un presente e un futuro, e con un passato non raggiungibile. Dunque, un tempo che non scorre, che ha perduto la sua caratteristica fondamentale del procedere. Credo sia necessaria una certa capacità di stare nel qui ed ora per fare un’azione o anche solo un gesto creativo. E che il gesto creativo rafforzi il senso di stare qui e ora. Il qui ed ora costituisce la base di ripartenza del tempo.

Per questa ragione il disegno, la pittura, la musica, il gioco, l’apprendimento di una nuova lingua, danno un apporto fondamentale alla ricostruzione del senso di sé. Dedicarsi ad essi, non in maniera meccanica, ma lasciandosi coinvolgere dall’esperienza, richiede che si tenga conto dello spazio e del tempo.

C. CONCLUSIONI

La riflessione sulla speranza porta a considerare come, in rapporto ad essa, l'esperienza del lavoro con migranti provenienti dall'Africa e dalla Rotta Balcanica, e quella dell'incontro con i profughi ucraini, ci ponga di fronte a realtà molto diverse. Nonostante si tratti per entrambi di affrontare l'esperienza di aver lasciato il proprio paese e di collocarci in un luogo nuovo, nel primo gruppo prevale l'esigenza di prospettarsi un futuro, e questa costituisce una spinta al risentire la speranza. Nel lavoro con gli ucraini si osserva che emerge prepotente per loro il pensiero del passato e di un futuro possibile come ritorno desiderato al passato. In questa seconda condizione le vicissitudini della speranza sono molto diverse. Non si assiste al passaggio da illusione, delusione, disillusione e speranza attraverso il lutto. Si può osservare piuttosto che non c'è alcuna illusione, c'è invece il riconoscimento dei bisogni concreti ma la sfiducia che quelli psichici possano trovare spazio e forse nemmeno la volontà e il desiderio di farlo, poiché questo potrebbe essere vissuto come un tradimento di chi è lontano e del proprio obiettivo di mantenerne il legame vivo nel mondo interno e con la Patria.

Credo che il riconoscimento di tutto questo sia molto importante e aiuti a sostenere la persona che sta compiendo un grande sforzo per mantenere l'"Ucraina" viva. Si riconosce inoltre che attività che si situano in quella che Winnicott definisce area transizionale, come l'arte, la musica, ma anche le tradizioni, i riti ecc., sembrano esser di grande aiuto per ricostruire un sentimento di speranza. Esse, infatti, contribuiscono e sono sostenute dalla capacità di collocarsi qui ed ora nella realtà, quindi di uscire dal meccanismo di vivere nel passato e ricostituire l'idea del tempo come qualcosa che scorre, avendo un prima, un presente e un futuro possibile. Inoltre, rafforzano la condivisione, il vissuto di avere un'a cultura, una storia e una lingua comuni, attenuano il senso di essere soli, danno spazio alla generatività e alla creatività personali e gruppali. Infine, ma non da ultimo, consentono comunque di mantenere una pellicola di protezione del proprio mondo interno, che è fondamentale per tutelare la continuità del senso di sé e della propria vita.

Queste considerazioni ci pongono molti interrogativi come psicoanalisti su quale possa essere la modalità migliore per dare supporto ai profughi, evitando le azioni che possono disturbare il processo di mantenimento e ricostruzione del senso di speranza e attivando quelle discrete e

meno visibili che lo sostengono.

BIBLIOGRAFIA

- AMATISAS S. (2020) *Ambiguità, conformismo e adattamento alla violenza sociale*. Franco Angeli, Milano
- ELTON V., LEUZINGER-BOHLEBER MARIA, SCHLESINGER-KIPP G., PENDER V. (2023) (Ed.) *Trauma, Flight and Migration. Psychoanalytic Perspectives*. Routledge, London
- MONTAGNER P. (2019) Un luogo per vivere? In *Psiche* 1/2019. Il Mulino, Bologna
- VOLKAN V. (2017) *Immigrants and Refugees. Trauma, Perennial Mourning, Prejudice and Border Psychology*. Karnac, London
- WINNICOTT D.W. (1965) La Teoria del rapporto Infante-Genitore In *Sviluppo affettivo e Ambiente*. Armando, Roma (1970)
- WINNICOTT D.W (1968) Il bimbo deprivato e come può essere compensato della perdita della vita familiare. In *La Famiglia e lo Sviluppo dell'Individuo*. Armando, Roma (2005)
- WINNICOTT D.W. (1971) Oggetti transizionali e fenomeni transizionali. In *Gioco e Realtà*. Armando, Roma (1974)
- WINNICOTT D.W. (1986) *La Libertà* in “Dal Luogo delle Origini”, Raffaello Cortina, Milano (1990)

RINGRAZIAMENTI

Grazie agli psicologi delle emergenze e ai volontari del Centro Alfredo Rampi ETS, con i quali ho condiviso molte delle esperienze presentate in questo libro. Grazie in particolare a Emanuele Luzi che mi ha aiutato nella stesura della prima bozza del libro.

Un caro grazie a mio marito Daniele Biondo che mi ha pazientemente supportato con i suoi suggerimenti e ha curato l'editing definitivo della pubblicazione.

Grazie a Emanuele Ferrigno che ha coordinato i contatti con i suoi colleghi belgi e ha curato la traduzione in italiano dei loro contributi.

Grazie a Sofia Dutchak che ha coordinato il gruppo delle psicologhe e psicoterapeute ucraine.

Grazie a tutti gli Autori che hanno condiviso con me la stesura di questa pubblicazione.

Grazie all'editore Vecchiarelli che ne ha permesso la pubblicazione.

Grazie a Tito Baldini, Presidente dell'Associazione *Psicoanalisi e sociale* che ne ha accettato la pubblicazione gratuita del testo sul Portale dell'Associazione permettendo così un'ampia divulgazione del volume.

Rita Di Iorio

AUTORI

Davide Baratto

Laureato in “Scienze del linguaggio”, Master di I livello in "Educatore Esperto per le Disabilità Sensoriali e Multifunzionali". Diploma di frequenza del Corso Internazionale di Alta Formazione in Psicologia delle emergenze del Centro Alfredo Rampi ETS.

Daniele Biondo

Psicoterapeuta e Psicoanalista. Psicologo delle Emergenze, Socio di “Psicologi delle Emergenze Alfredo Rampi”. Presidente Onorario del “Centro Alfredo Rampi ETS”. Socio Ordinario della Società Psicoanalitica Italiana e all’IPA; Esperto Bambini – Adolescenti SPI/IPA. Referente per L’area centro-sud del *Gruppo PER* (Psicoanalisti Europei per i Rifugiati) della SPI; Socio Ordinario e Docente del Corso di Specializzazione in Psicoterapia dell'adolescente e del giovane adulto dell'Associazione Romana di Psicoterapia dell'Adolescenza.

Patrizia Bonamici

Protection Associate per UNHCR.

Michele Brunelli

Docente di Politica e Società del Medio Oriente e di Storia ed Istituzioni dei paesi afro-asiatici presso l’Università degli Studi di Bergamo. Direttore del Master in Prevenzione e contrasto alla radicalizzazione e al terrorismo e per le politiche di integrazione (MaRTe). Direttore di ricerca di diversi progetti internazionali sulla prevenzione dell’estremismo violento.

Nicole Calevoi

Psichiatra e direttore medico del Centro Diurno “Imago, Anderlecht, Bruxelles (Belgio).

Rita Di Iorio

Psicoterapeuta indirizzo psicoanalitico, specializzata in medicina psicosomatica, CTU tribunale di Roma. Coordinatrice degli psicologi delle emergenze del Centro Alfredo Rampi, Socio di “Psicologi delle

Emergenze Alfredo Rampi”. Presidente onorario del Centro Alfredo Rampi ETS, direttrice e docente del Corso Internazionale di Alta formazione in psicologia delle emergenze. Componente Comitato Scientifico- GdL “Psicologia dell’emergenza e Psicotraumatologia” dell’Ordine degli Psicologi del Lazio.

Sofia Dutchak

Psicologa, psicoterapia familiare sistemica.

Mediatore umanistico. Fondatrice e presidente di ONG “Mondo/Cbit PPM&UI”. Collaborazione/psicologa con Esarcato ucraino in Italia.

Formatore degli incontri di gruppi ed individuali (adolescenti, bambini e adulti; applicazione di art terapia, lavoratori, mediazione, risoluzioni di conflitti, tematiche anti violenza) in Ucraina e in Italia (per persone ucraine).

Giorgio Espugnatore

Psicoterapeuta strategico e Psicosessuologo, Professione privata, divulgatore della cultura psicologica, con programmi radiofonici, Tv e Podcast.

Emanuele Ferrigno

Psicologo clinico, psicoterapeuta e psicanalista (in istituzione e in attività liberale). Formatore in psicoterapia psicanalitica (Université libre de Bruxelles), in cliniche dello psicotrauma (Université catholique de Louvain e Servizio di Salute Mentale “Chapelle-aux-champs”) e in psicologia delle emergenze (Centro Alfredo Rampi”, Roma). Docenza in “criminologia clinica” presso l’Université de Saint-Louis, Bruxelles.

Michele Grano

Psicologo dell’Educazione e dell’Età Evolutiva, esperto in Psicologia delle Emergenze, Presidente dell’Associazione “Psicologi delle Emergenze - Alfredo Rampi”. Consigliere del Direttivo nazionale del “Centro Alfredo Rampi ETS”. Coordinatore dell’équipe psicoeducativa “Campo dell’Osso - Gioco e Natura”

Lagarde Cédric

Educatore specializzato e coordinatore del Centro Diurno “Imago“, Anderlecht, Bruxelles (Belgio).

Pascal Lapeyre

Psicologo clinico, psicoterapeuta di formazione gestaltica, supervisore e formatore in psicoterapia gestaltica (Bruxelles e Parigi).

Lavora come psicologo clinico in un ospedale universitario di Bruxelles dal 2001, dove si occupa della presa in carico delle sofferenze acute di natura traumatica.

Emanuele Luzi

Psicologo dello sviluppo e dell'educazione, psicologo delle emergenze in formazione e soccorritore di protezione civile specializzato nella ricerca e soccorso dispersi.

Virginia Martino

Psicoterapeuta in formazione presso l'Istituto Winnicott, Scuola di psicoterapia psicoanalitica del bambino, adolescente e della coppia. Collabora dal 2021 con la Cooperativa Sociale Nostos nei servizi psicologici e psico-educativi rivolti all'infanzia e all'adolescenza.

Carla Mazzolini

Psicologa, specializzanda in psicoterapia ad approccio strategico breve.

Stefano Migliorisi

Psicologo e psicoterapeuta ad indirizzo analitico transazionale. Dottorato in Psicologia e Scienza Cognitiva. Autore e coautore di diverse pubblicazioni scientifiche, Psicologo delle emergenze.

Stefano Monetti,

Psicologo e candidato della Società Psicoanalitica Italiana del Centro Psicoanalitico di Pavia.

Denis Monique

Fisioterapista del Centro Diurno “Imago, Anderlecht, Bruxelles (Belgio).

Patrizia Montagner

Psicologa Psicoterapeuta Psicoanalista. Membro Ordinario della Società Psicoanalitica Italiana. (SPI), Membro del South African Psychoanalytical Initiative (SAPI). Referente per l'Esecutivo SPI del Gruppo PER (Psicoanalisti Europei per i Rifugiati), Membro del Committe PACE (Psychoanalytical Assistance in Emergency and Crisis) dell'IPA (international Psychoanalytic Association).

Veronica Pasquariello

Psicologa dell'educazione e dello sviluppo, Psicoterapeuta sistematico-relazionale, Psicologa delle emergenze, consigliere Centro Alfredo Rampi ETS.

Nadia Maria Peron,

Psicologa, Psicoterapeuta, socio della Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica. Docente presso la scuola di specializzazione della SIPP. Coordinatrice del Centro di Consultazione SIPP sede di Lecce. Giudice Onorario presso il Tribunale per i minorenni di Lecce.

Mélanie Perotti

Psicologa del Centro Diurno “Imago, Anderlecht, Bruxelles (Belgio).

Sofia Louise Pietrarelli

Psicologa Clinica specializzata in criminologia clinica, psicologia giuridica e psichiatria forense, soccorritrice sanitaria presso le misericordie.

Benjamin Renard

Assistente sociale del Centro Diurno “Imago, Anderlecht, Bruxelles (Belgio).

Nataliia (Tasha) Reznyk De Pirro.

Psicoterapeuta per l'infanzia, l'adolescenza, la coppia e la famiglia, psicodiagnosta. Collabora con l'Esarcato Apostolico della Chiesa Ucraina in Italia nella presa in carico di adolescenti e adulti. Consulente e Psicoterapeuta in ambito di dolore, lutto, tradimento, perdita, separazione.

Renata Rizzitelli

Psicologa, Psicoterapeuta, membro ordinario della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytic Association, qualifica B/A. Docente psichiatria infantile ed igiene mentale. Coordinamento gruppo nazionale Psicoanalisi e Giustizia. Referente per i laboratori SPI per gli studenti del Corso di Laurea in psicologia di Genova.

Daniela Scotto di Fasano

Psicologa, membro ordinario della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytic Association, ha svolto attività di formazione e supervisione presso l'Istituto Ricerche di Gruppo di Lugano. Presso il Corso di Laurea in Psicologia dell'Università degli Studi di Pavia ha avviato, nel 2000, i Seminari di Infant Observation, svolgendo docenza al corso integrativo di Infant Observation presso la Scuola di Specializzazione in Ciclo di Vita dell'Università agli Studi di Pavia.

Soline Potteau

Ergoterapeuta del Centro Diurno "Imago, Anderlecht, Bruxelles (Belgio).

Alessandra Terenzi

Psicologa Clinica, psicologa delle emergenze.

Solange Thiry

Artista ed insegnante del Centro Diurno "Imago, Anderlecht, Bruxelles (Belgio).

Gilles Van Herck

Psicologo del Centro Diurno "Imago, Anderlecht, Bruxelles (Belgio).

Assunta Zaffino

Psicologa e psicoterapeuta ad approccio strategico breve.
Libero professionista in studio privato.

Finito di stampare nell'ottobre 2023
per Vecchiarelli Editore in Manziana (Roma)

