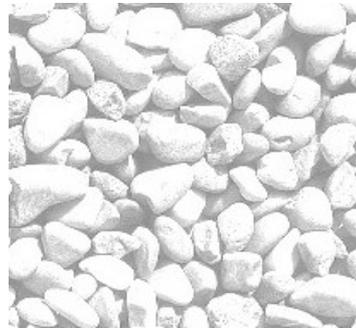
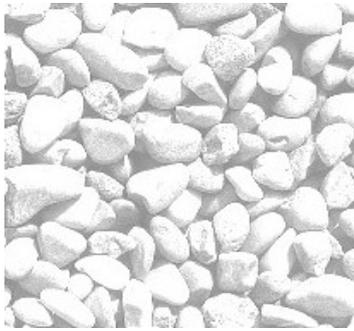




ISSN 2280-9120



Rivista di

Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria

SEMESTRALE DELLA FEDERAZIONE PSICOLOGI PER I POPOLI

Numero 25 2021



Direttore responsabile
Giuseppe Maiolo

Direttore
Donatella Galliano

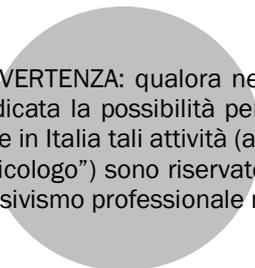
Vicedirettore
Luigi Ranzato

Direzione scientifica
Paolo Castelletti
Daniele Luzzo
Fabio Muscionico
Raffaella Paladini

Comitato professionale
Presidenti delle Associazioni Regionali/Provinciali
di Psicologi per i Popoli

Redazione
Gabriele Lo Iacono
www.psicologia-editoria.eu
E-mail: gabrieleloiacono@psicologia-editoria.eu

Psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria è edita da
Psicologi per i Popoli - Federazione
Via Galileo Galilei 18, Lavis (TN)
CF: 95015460223
Direttore: pxpfederazione.presid@gmail.com
Vicedirettore: ranzato.luigi@gmail.com



AVVERTENZA: qualora nei testi e nelle bibliografie internazionali riportate dalla nostra rivista sia indicata la possibilità per “operatori non psicologi” di svolgere attività psicologiche, si rammenta che in Italia tali attività (art. 1 e 3 della legge 18.02.1989 n. 56, “Ordinamento della Professione di Psicologo”) sono riservate agli iscritti nell’Albo dell’Ordine degli Psicologi. Si ricorda altresì che l’abusivismo professionale nel nostro Paese è condannato ai sensi dell’art. 348 del Codice Penale.

**Psicologia dell'Emergenza e
dell'Assistenza Umanitaria**
Numero 25 2021

Indice

- Luigi Ranzato
Introduzione / Introduction p. 4
- Monica Ahmad, Monica Manuela Floris, Claudia Leone e Valentina Piga p. 6
L'impatto psicologico dell'epidemia di Covid-19 sugli operatori sanitari nel periodo iniziale dell'emergenza: una breve e rapida rassegna sistematica / Psychological impact on health workers of Covid-19 outbreak in the early emergency period: a brief and quick systematic review
- Daniele Luzzo p. 28
Come i bias cognitivi hanno contribuito alla pandemia Sars-CoV-2 / How cognitive biases have contributed to the Sars-CoV-2 pandemic
- Paolo della Vella p. 34
Lo psicodramma junghiano durante la pandemia Covid-19: una rassegna in tempi di crisi / Jungian psychodrama during the Covid-19 pandemic: a review in times of crisis
- Norme per gli autori* p. 51
- Barbara Dal Lago, Chiara Berrini, Rossana Mazzoni, Andrea Trapani, Cecilia Pennati, Francesco Fattori e Antonella Costantino p. 54
Osservazione e individuazione dei fattori di rischio in salute mentale nei Minori Stranieri Non Accompagnati: uno studio sulla sintomatologia trauma-correlata / Observation and identification of risk factors in mental health in unaccompanied foreign minors: a study on trauma-related symptomatology
- Ersilia Cossu p. 82
Emergenza Covid-19. Servizio di assistenza psicologica scolastica. Protocollo d'intesa tra il MIUR e il CNOP. Anno Scolastico 2020/2021 / Covid-19 emergency. Psychological support service in schools. Memorandum of Understanding between MIUR and CNOP. 2020/2021 school year

Nella prolungata temperie epidemica del Covid-19 ospitiamo anche in questo numero della Rivista alcuni contributi sulla tematiche psicologiche che accompagnano questa difficile esperienza.

Le specializzande in Psicologia della Salute dell'Università degli Studi di Cagliari, con la partecipazione di Psicologi per i Popoli – Sardegna ci presentano una breve e rapida rassegna sistematica della letteratura sull'impatto psicologico dell'epidemia sugli operatori sanitari nel periodo iniziale dell'emergenza.

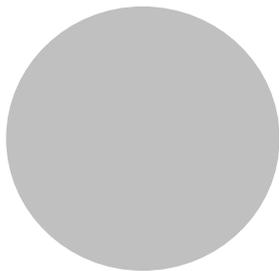
Daniele Luzzo, psicologo nonché funzionario di lunga esperienza nelle agenzie dell'ONU, esamina in un puntuto documento come i pregiudizi cognitivi inconsci (bias) possano influenzare i processi decisionali delle autorità durante l'epidemia di Covid-19.

Paolo della Vella, dopo una rassegna delle reazioni psichiche della popolazione all'impatto con l'epidemia da Covid-19, presenta la proposta di un progetto terapeutico attraverso lo psicodramma junghiano.

Fa da cesura, prima dell'ultimo contributo sull'epidemia Covid-19, la presentazione di una ricerca finalizzata a esplorare la sintomatologia e i segnali di rischio correlati alla presenza di esperienze traumatiche in un campione di minori stranieri non accompagnati inseriti in comunità socioeducative nel territorio milanese. Lavoro condotto da un gruppo di operatori sul campo in collaborazione con il Servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza.

Conclude questo numero della Rivista la descrizione di una impattante esperienza sul campo di Ersilia Cossu, relativa all'attività di supporto psicologico all'interno di alcune scuole di Cagliari, rivolta agli alunni, agli insegnanti, agli educatori e operatori scolastici e alle famiglie durante l'epidemia di Covid-19 in Sardegna.

Luigi Ranzato



Monica Ahmad, Monica Manuela Floris, Claudia Leone e Valentina Piga

L'impatto psicologico dell'epidemia di COVID-19 sugli operatori sanitari nel periodo iniziale dell'emergenza: una breve e rapida revisione sistematica

Riassunto

L'epidemia causata dal nuovo coronavirus (Covid-19) è una recente malattia che ha avuto inizio nella provincia cinese di Hubei da un gruppo di casi di polmonite a eziologia sconosciuta. A causa della rapida diffusione e della gravità dell'infezione, nel marzo 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato ufficialmente che l'epidemia di Covid-19 può essere classificata come una pandemia. A fronte di questa preoccupante questione di salute pubblica, il personale sanitario è stato colpito sia fisicamente che psicologicamente. L'epidemia di Covid-19 ha causato un grave stress psicologico con sintomi di ansia, depressione, disturbi del sonno e disagio emotivo nei professionisti sanitari in prima linea, i quali si sono trovati esposti a gravi reazioni emotive spesso senza un supporto psicologico. Questa revisione mira a indagare la letteratura esistente sull'impatto psicologico che la pandemia di Covid-19 ha avuto nei professionisti sanitari. La ricerca della letteratura scientifica è stata condotta nei seguenti database: Google Scholar, PubMed, Web of Science, Scopus, PsycInfo. Sono stati cercati tutti i tipi di articoli pubblicati da marzo 2020 a fine aprile 2020 pertinenti a tale tematica. Nella ricerca iniziale sono stati selezionati un totale di 39 articoli, e 11 di questi sono stati inclusi nel lavoro finale. Sono state seguite le linee guida PRISMA. La presente revisione suggerisce che i professionisti sanitari schierati in prima linea nella battaglia al nuovo coronavirus hanno riportato livelli considerevoli di depressione, ansia, paura, sofferenza e insonnia. Per questo motivo è necessario sottolineare che è essenziale fornire una formazione adeguata e un supporto psicologico al personale medico impegnato nell'emergenza al fine di ridurre al minimo il rischio di cronicizzazione dei sintomi segnalati.

Parole chiave: Covid-19, coronavirus, pandemia, personale medico, infermieri, conseguenze psicologiche, salute mentale, malattia.

Abstract

The outbreak caused by a novel coronavirus (Covid-19) is a newly emerged disease started in Hubei province of China as a cluster of pneumonia cases with unknown aetiology. Due to rapid spread and severity of the infection, on March 2020 the World Health Organization (WHO) declared officially Covid-19 outbreak as a pandemic. In front of this public health concern, medical staff is affected both physically and psychologically. The Covid-19 outbreak has caused severe psychological stress, as anxiety, depression, sleep disorders and emotional distress in frontline healthcare workers which were exposed to severe emotional reactions often without psychological support. This review aimed to investigate the existing literature about psychological impact of Covid-19 pandemic on healthcare workers. The literature search was conducted in the following databases: Google Scholar, PubMed, Web of Science, Scopus, PsycInfo. All types of articles published from March 2020 to the end of April 2020 which were relevant to the issue were searched. A total of 39 articles were selected by initial search and 11 of them were included in the final work. PRISMA guidelines were followed. The current review suggests that healthcare workers exposed to the battle against novel coronavirus disease reported considerable levels of depression, anxiety, fear, distress and insomnia. For this reason, it is necessary to highlight that it is essential to provide adequate training and psychological support to medical staff engaged in the emergency in order to minimize the risk of chronicizing the reported symptoms.

Key words: Covid-19, coronavirus, pandemic, medical staff, nurses, psychological consequences, mental health, disease.

Nel dicembre 2019, a Wuhan, in Cina, è emersa una sindrome respiratoria acuta, grave e altamente contagiosa, causata da un nuovo coronavirus (Sars-CoV-2). Il 12 gennaio 2020, l'OMS ha ufficialmente denominato tale malattia "Malattia da Coronavirus 2019 (Covid-19)". Il primo caso di Covid-19 è stato segnalato a Wuhan il 12 dicembre 2019 (Wuhan Municipal Health Commission, 2019; Chinese Center for Disease Control and Prevention, 2020) come causa di grave infezione respiratoria acuta (SARI). I coronavirus sono una grande famiglia di virus noti per causare malattie come il raffreddore e malattie più gravi come la sindrome respiratoria del Medio Oriente (MERS) e la sindrome respiratoria acuta grave (SARS). Covid-19 è un nuovo ceppo di coronavirus che non è mai stato identificato nel corpo umano (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2020; Li et al., 2020). Il 23 gennaio 2020, tutta la città di Wuhan, con undici milioni di residenti, è stata messa in quarantena e, entro il 29 gennaio 2020, tutte le 31 province cinesi hanno annunciato l'emergenza sanitaria pubblica. L'11 marzo 2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato Covid-19 una pandemia (Huang et al., 2020).

Il tasso di infezioni da Covid-19 è aumentato rapidamente in un breve periodo di tempo. A livello globale, al 2 luglio, il numero totale di casi confermati di Covid-19 è 10.533.779, inclusi 512.842 decessi segnalati all'OMS. In riferimento sempre al mese di luglio, 216 paesi, aree o territori in tutto il mondo presentano nuovi casi positivi (WHO – Health Emergency Dashboard, 2020).

Le malattie trasmissibili a più alta mortalità al mondo sono le infezioni delle vie respiratorie inferiori (Murdoch e Howie, 2018), lo stesso è per il nuovo coronavirus.

I pazienti affetti da Covid-19 mostrano tipicamente sintomi come febbre, tosse, respiro corto e difficoltà respiratorie, dispnea. Nei casi più gravi la malattia può portare a polmonite, grave insufficienza respiratoria acuta, insufficienza renale e persino alla morte (Huang et al., 2020). Non esiste ancora un trattamento specifico per il Covid-19. I pazienti ricevono principalmente cure sintomatiche e cure preventive per le complicanze, mentre i servizi medici supplementari sembrano essere molto efficaci anche per le persone infette.

Secondo precedenti studi effettuati su precedenti epidemie, come SARS, MERS o Ebola, l'insorgenza di una malattia improvvisa e immediatamente pericolosa per la vita potrebbe portare a una eccessiva pressione sul personale sanitario (Bukhari et al., 2016; Wu et al., 2009). Nella lotta contro il nuovo coronavirus del 2019 (2019-nCoV), i professionisti sanitari di Wuhan hanno dovuto affrontare un'enorme pressione, compreso un alto rischio di infezione che portava a un numero sempre crescente di casi confermati e sospetti, con attrezzature di protezione individuale dal contagio inadeguate o esaurite per via del fatto che il mondo non era preparato a una tale pandemia. A fronte di questa situazione fortemente critica, gli operatori sanitari in prima linea direttamente coinvolti nella diagnosi, nel trattamento e nella cura dei pazienti con Covid-19 sono a rischio di sviluppare distress e altri sintomi di salute mentale (Lai et al., 2020; Pappa et al., 2020).

Sintomi di ansia e depressione sono risultati prevalenti nel personale infermieristico rispetto a quello medico (Pappa et al., 2020). Anche durante l'epidemia di SARS, gli infermieri hanno mostrato livelli di disagio più elevati, rispetto a medici e operatori sociosanitari (Wong et al., 2005).

Ad aumentare il peso psicologico per i professionisti sanitari possono aver inciso diversi fattori, tra cui il carico di lavoro eccessivo, la frustrazione, la discriminazione, l'isolamento, i pazienti con vissuti negativi, la mancanza di contatto con le proprie famiglie, la paura di infettare i propri cari, l'esaurimento delle energie, l'ampia copertura mediatica, la mancanza di farmaci specifici e la sensazione di essere inadeguatamente supportati (Kang et al., 2020; Lai et al., 2020). In effetti, la grave situazione sta causando problemi di salute mentale come stress, ansia, sintomi depressivi, insonnia, negazione, rabbia e paura (Cai et al., 2020; Kang et al., 2020; Lai et al., 2020). I problemi di salute mentale non solo influenzano l'attenzione, la comprensione e la capacità decisionale dei professionisti sanitari, il che potrebbe ostacolare la lotta contro il nuovo coronavirus, ma potrebbero anche avere un effetto duraturo sul loro benessere generale. Proteggere la salute mentale degli operatori sanitari è quindi importante per il controllo dell'epidemia e della loro salute a lungo termine (Kang et al., 2020).

Alcuni studi (Cai et al., 2020; L. Huang et al., 2020; Xing et al., 2020) si sono focalizzati sulle differenze in termini di prestazioni e resistenza tra personale sanitario avente o meno esperienza di emergenza sanitaria pubblica, evidenziando che le persone con meno esperienza, spesso anche giovani, mostravano risultati peggiori in termini di salute mentale, resilienza e supporto sociale (Cai et al., 2020). Alti livelli di formazione ed esperienza professionale, resilienza e supporto sociale sono necessari per i professionisti sanitari che prendono parte per primi all'emergenza della sanità pubblica. Gli interventi immediati sono essenziali per migliorare la resilienza psicologica e rafforzare la capacità dei sistemi sanitari (Pappa et al., 2020). Inoltre, l'ansia derivante dalla percezione di non familiarità e incontrollabilità dei pericoli implicati potrebbe essere ridotta da una comunicazione più chiara, dalla limitazione dell'orario del turno di lavoro, dal fornire aree di riposo, da un ampio accesso e regole dettagliate sull'uso e la gestione dei dispositivi di protezione e infine da una formazione specializzata sulla gestione dei pazienti Covid. È fondamentale anche fornire tempestivamente supporto psicologico tramite squadre sempre a disposizione telefonicamente, attraverso i media o gruppi multidisciplinari composti da psicologi, psicoterapeuti e psichiatri (Pappa et al., 2020).

Lo scopo di questa breve e rapida rassegna sistematica è esaminare i dati scientifici provenienti dai principali studi sugli effetti dell'epidemia di Covid-19 sulla salute mentale del personale sanitario, in particolare relativamente alla prevalenza di sintomi di sofferenza psicologica, come ansia, depressione, insonnia e angoscia.

Materiali e metodi

La ricerca delle pubblicazioni scientifiche è stata effettuata su database indicizzati (GOOGLE SCHOLAR, PUBMED, SCOPUS, WOS – WEB OF Science, PsycInfo) usando le espressioni “Covid-19”, “coronavirus”, “pandemia”, “staff medico e infermieristico”, accoppiati a “conseguenze psicologiche”, “stress”, “salute mentale”, “malattia”. Le ricerche sono state effettuate

nel periodo tra marzo 2020 e aprile 2020. In seguito alla lettura dei titoli e degli abstract delle pubblicazioni identificate è stato selezionato il materiale. I criteri di inclusione utilizzati sono stati i seguenti: che l'articolo fosse stato pubblicato in lingua inglese o italiana, che fosse disponibile l'intero testo, che riguardasse la pandemia del nuovo coronavirus (Covid-19), che si riferisse esclusivamente alle conseguenze psicologiche dovute all'epidemia e alla salute mentale dei professionisti sanitari e che fosse originale e con almeno 100 partecipanti. I criteri di esclusione erano: che lo studio riguardasse altre epidemie (come per esempio SARS e MERS-CoV) o che fosse un editoriale, una lettera o un commento. Su un totale di 39 pubblicazioni prese in considerazione, ne sono state incluse 11 e ne sono state escluse 28 in base ai criteri di inclusione ed esclusione appena descritti. Un diagramma PRISMA (da Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) del processo di selezione degli studi è raffigurato nella Figura 1. Gli studi inclusi sono stati riassunti nella Tabella 1 (vedi pagina seguente).

Figura 1. Diagramma PRISMA delle informazioni nelle varie fasi della revisione.

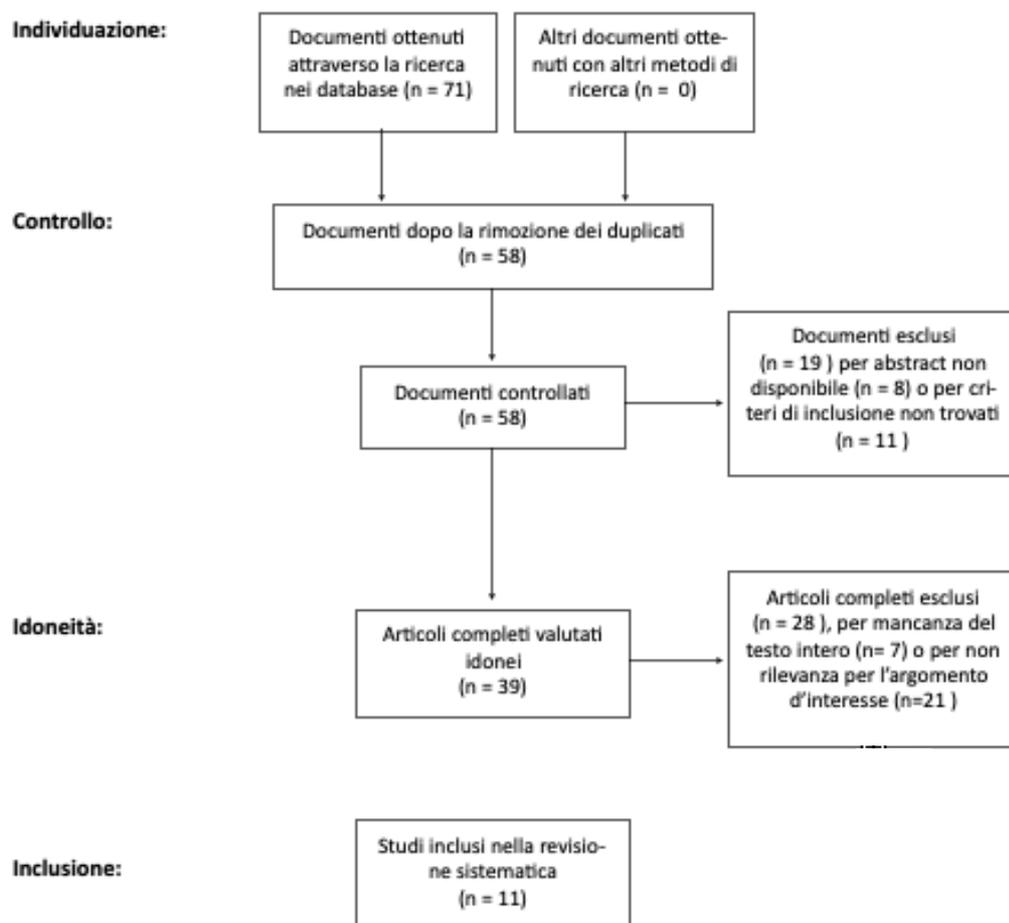


Tabella 1. Studi riguardanti la salute mentale in relazione al Covid-19 nei professionisti sanitari inclusi. Sono indicati gli autori, i riferimenti bibliografici, la rivista di pubblicazione, la data di pubblicazione e i principali risultati (segue).

Primo autore	Riferimento bibliografico	Rivista di pubblicazione	Data di pubblicazione	Risultati principali
Chenxi Zhang	Chenxi Zhang et al. (2020), <i>Survey of Insomnia and Related Social Psychological Factors Among Medical Staffs Involved with the 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak</i> , "The Lancet Psychiatry", http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3542175	The Lancet Psychiatry	25 Febbraio 2020	In un totale di 1563 partecipanti, il 36% ha sintomi di insonnia, il 50,7% sintomi di depressione, il 44,7% sintomi d'ansia e il 73,4% sintomi relati a stress
Haozheng Cai	Haozheng Cai et al. (2020), <i>Psychological Impact and Coping Strategies of Frontline Medical Staff in Hunan Between January and March 2020 During the Outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China</i> , "Medical Science Monitor", 26: e924171 DOI: 10.12659/MSM.924171	Medical Science Monitor	3 Marzo 2020	Il personale infermieristico si è sentito più nervoso e ansioso in reparto Covid rispetto ai medici (P=0.02). I medici erano più scontenti per il lavoro straordinario
Jun Xing	Jun Xing et al. (2020), <i>Study of the mental health status of medical personnel dealing with New coronavirus pneumonia</i> , medRxiv, 2020.03.04.20030973; https://doi.org/10.1101/2020.03.04.20030973	medRxiv	4 Marzo 2020	La media complessiva del SCL-90 e i valori medi dei fattori (somatizzazione, ossessivo-compulsivo, ansia, ansia fobica, e psicoticismo) del personale medico erano significativamente superiori di quelli del gruppo di controllo.
Long Huang	Long Huang et al. (2020), <i>Emotional responses and coping strategies of nurses and nursing college students during COVID-19 outbreak</i> , medRxiv, 2020.03.05.20031898; https://doi.org/10.1101/2020.03.05.20031898	medRxiv	5 Marzo 2020	Più vicino è il COVID-19 ai partecipanti, più forte è l'ansia e la rabbia. Le donne mostrano ansia e paura più severe rispetto agli uomini. I partecipanti urbani mostrano più ansia e paura dei partecipanti rurali, ma questi ultimi mostrano maggiore tristezza.
Yuhong Dai	Yuhong Dai et al. (2020), <i>Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China</i> , medRxiv, 2020.03.03.20030874. doi: https://doi.org/10.1101/2020.03.03.20030874	medRxiv	6 Marzo 2020	Dei 4357 professionisti sanitari 1704 (39.1%) mostrano distress psicologico.

(Segue)

Tabella 1. Studi riguardanti la salute mentale in relazione al Covid-19 nei professionisti sanitari inclusi. Sono indicati gli autori, i riferimenti bibliografici, la rivista di pubblicazione, la data di pubblicazione e i principali risultati (seguito)

Wen Lu	Wen Lu et al. (2020), <i>Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study</i> , "Psychiatry Research", 288, 2020, https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112936	Psychiatry Research	21 Marzo 2020	2.299 partecipanti (2.042 personale medico e 257 personale amministrativo). Vi è una differenza significativa nella gravità di paura ($p < 0,001$) e ansia ($p = 0,049$) tra i due gruppi. Inoltre, l'11,8% del personale medico presenta da lieve a moderata depressione, e lo 0,3% depressione grave
Jianbo Lai	Jianbo Lai et al. (2020), <i>Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019</i> , "JAMA Network Open", 3(3): e203976.doi:10.1001/jama-networkopen.2020.3976	Jama Network Open	23 Marzo 2020	Nel totale di 1.257 soggetti, 634 hanno sintomi di depressione, 560 di ansia, 427 di insonnia e 899 di distress
Lijun Kang	Lijun Kang et al. (2020), <i>Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross sectional study</i> , "Brain, Behavior, and Immunity", https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028	Brain, Behavior and Immunity	28 Marzo 2020	In un totale di 994 partecipanti, 36% mostra disturbi di salute mentale sotto la soglia (ansia, depressione, insonnia), il 34,4% lievi disturbi, il 22,4% disturbi moderati
Wenpeng Cai	Wenpeng Cai et al. (2020), <i>A cross-sectional study on mental health among health care workers during the outbreak of Corona Virus Disease 2019</i> , "Asian Journal of Psychiatry", 51, 102111, https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102111 .	Asian Journal of Psychiatry	3 Aprile 2020	In un totale di 1.521 partecipanti (147 staff esperto di emergenze e 1.374 staff senza esperienza in emergenza) la prevalenza di disfunzionalità psicologica è del 14,1%
Nicholas W.S. Chew	Nicholas W.S. Chew et al. (2020), <i>A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak</i> , "Brain, Behavior, and Immunity", https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.049	Brain, behavior and immunity	18 Aprile 2020	906 partecipanti in totale. 55,6% hanno ottenuto punteggi di ansia molto grave, il 50% depressione da moderata a molto grave, e il 42,6% stress moderato-grave.
Wenzhi Wu	Wenzhi Wu et al. (2020), <i>Psychological stress of medical staffs during outbreak of COVID-19 and adjustment strategy</i> , "J Med Virol", Accepted Author Manuscript, doi:10.1002/jmv.25914	Journal of Medical Virology	21 Aprile 2020	Le differenze occupazionali (staff medico e studenti universitari) all'interno del campione, relative al livello di stress psicologico, sono significative. Il personale medico ottiene un punteggio significativamente più elevato in tutti gli item dello Psychological Stress Questionnaire, rispetto agli studenti.

Risultati

Tutti gli articoli considerati indicano livelli aumentati di ansia, depressione e stress riportati dai professionisti sanitari come comuni effetti a livello psicologico durante la pandemia di Covid-19.

Soprattutto nei primi tempi dell'epidemia, il rischio, la trasmissibilità e il trattamento del nuovo coronavirus non erano chiari e questi fattori potrebbero essere responsabili della preoccupazione mostrata dagli operatori sanitari. Il ruolo di questa preoccupazione è analizzato in due degli studi inclusi: uno condotto da Dai e colleghi (2020) e l'altro da Cai e colleghi (2020).

In particolare, l'indagine condotta da Dai e colleghi (2020) mirava a indagare la percezione del rischio e l'immediato stato psicologico del personale medico durante il Covid-19 e ha mostrato che il personale sanitario, soprattutto a Wuhan, era preoccupato per la mancanza di misure protettive e per il rischio di infezione. Queste preoccupazioni hanno condotto il 39,1% dei soggetti a sviluppare disagio psicologico significativamente superiore al livello riportato in tempi normali. Da questo lavoro è emerso anche che gli infermieri hanno registrato livelli di preoccupazione di sviluppare l'infezione sul lavoro più elevati rispetto a medici, tecnici e al personale di supporto. Risultati simili sono emersi dallo studio trasversale condotto da Cai e colleghi (2020): autori che hanno coinvolto 534 partecipanti, di cui 233 medici (43,6%), 248 infermieri (46,4%) dei reparti di malattie infettive, medicina d'urgenza, cliniche per la febbre e unità di terapia intensiva, 48 tecnici (9%) di radiologia e medicina di laboratorio e 5 operatori ospedalieri (1%) della sezione di prevenzione delle infezioni. I risultati principali hanno evidenziato che il personale medico era preoccupato per la propria sicurezza e la sicurezza delle proprie famiglie e ha riportato effetti psicologici da segnalazioni di morte per infezione da Covid-19.

I principali fattori associati allo stress erano le preoccupazioni per la sicurezza personale ($p < 0,001$), le preoccupazioni per la propria famiglia ($p < 0,001$) e le preoccupazioni per la mortalità dei pazienti ($p = 0,001$).

In base ai risultati dello studio precedentemente citato (Dai et al., 2020), Cai e colleghi (2020) hanno suggerito che il personale infermieristico si sentiva più nervoso e ansioso quando era in reparto rispetto ai medici ($p = 0,02$).

I medici erano più scontenti del lavoro straordinario ($p = 0,02$). Dai risultati è emerso che la sicurezza delle famiglie è l'elemento più importante per la riduzione dello stress, senza differenze significative nei due sessi. Inoltre, l'atteggiamento positivo dei colleghi ha una grande influenza nella riduzione dello stress. Tuttavia, una guida corretta ed efficaci misure di sicurezza e protezione per la prevenzione della trasmissione di infezioni hanno maggiormente attenuato l'ansia nel personale di sesso femminile ($p < 0,001$). In generale, il fattore di riduzione dello stress ha avuto un impatto maggiore sulle donne rispetto agli uomini (Cai et al., 2020).

Contrariamente ai risultati riportati da Dai e colleghi (2020) nello studio precedentemente citato, è emerso inoltre che il personale medico era soddisfatto per quanto riguarda le misure di protezione, la numerosità del personale medico, le risorse mediche e le attrezzature mediche.

Un'altra importante area tematica emersa dagli studi inclusi in questa rassegna riguarda le possibili conseguenze dell'impegno in prima linea e del fatto di lavorare o vivere in prossimità dell'epicentro dell'epidemia. Coerentemente con quanto emerso da precedenti studi sulla SARS-CoV-1, il lavoro in prima linea è correlato a gravi livelli di depressione, ansia, insonnia e angoscia e ha sottoposto gli operatori sanitari al rischio di sviluppare problemi di salute mentale.

Tre degli studi inclusi si sono concentrati sulle differenze a livello di conseguenze psicologiche tra i professionisti sanitari in prima linea e coloro che non hanno lavorato in prima linea. Lu e colleghi (2020) hanno indagato sulle differenze tra personale medico e personale amministrativo; Wu e colleghi (2020) sulle differenze tra personale medico e studenti universitari; Huang e colleghi (2020), sulle differenze tra infermieri e studenti universitari di infermieristica.

In particolare, lo studio trasversale condotto da Lu e colleghi (2020), che ha coinvolto 2.042 operatori tra medici e infermieri e 257 soggetti del personale amministrativo, ha rilevato che il personale sanitario ha riferito più paura, ansia e depressione rispetto a quello amministrativo. Più precisamente, la diversa gravità della paura ($p < 0,001$) e dell'ansia ($p = 0,049$) tra i due gruppi era statisticamente significativa.

Inoltre, il personale sanitario in prima linea che lavora nel reparto di pneumologia, emergenza, unità di terapia intensiva e malattie infettive, aveva il doppio del rischio di soffrire di ansia e depressione rispetto al personale non clinico, che aveva poche probabilità di entrare in contatto con pazienti affetti da polmonite da coronavirus (Lu et al., 2020).

Risultati simili emergono da uno studio trasversale condotto da Wu e colleghi (2020) su personale medico (2.110) e studenti universitari (2.158) in tutte le province della Cina. Dalla ricerca emerge che durante l'epidemia i professionisti sanitari e coloro che erano coinvolti nell'area di Wuhan avevano un livello di stress psicologico più elevato rispetto agli studenti universitari. Inoltre è importante sottolineare che il personale medico impegnato a Wuhan aveva una maggiore sensazione di crisi imminente rispetto a quello di altre regioni indagate, in cui il personale si è mostrato più fiducioso verso il superamento dell'epidemia (Wu et al., 2020).

Huang, Xu e Liu (2020) hanno esplorato la relazione tra risposte emotive e strategie di coping degli infermieri durante la pandemia di Covid-19, facendo anche un confronto con un campione di studenti di infermieristica che non si trovavano in prima linea.

Il campione totale era costituito da 804 persone (202 maschi e 602 femmine), 298 in zone rurali e 506 in zone urbane, di cui 374 infermieri e 407 studenti universitari di infermieristica, 377 provenienti da città con grave epidemia, 170 da città con moderata epidemia, 257 da città con bassa epidemia.

Gli autori hanno scoperto che gli infermieri impegnati in prima linea mostravano livelli più elevati di ansia, paura, tristezza e rabbia rispetto agli studenti. Lavorare con malattie infettive specifiche è una questione importante per gli infermieri, che, oltre al fatto di essere esposti a pazienti infetti e a elevato rischio di contagio, devono svolgere un lavoro stressante, hanno pesanti

responsabilità, privazione del sonno, scarsa libertà e devono essere capaci di un alto grado di cooperazione e disponibilità. Per questo gli infermieri hanno evidenziato problematiche più gravi a livello emotivo. Da questo studio sono emerse differenze di genere nelle reazioni psicologiche a un'emergenza di salute pubblica: le donne hanno evidenziato ansia e paura più gravi rispetto agli uomini. Inoltre, la ricerca ha evidenziato differenze nei livelli di ansia e paura tra i partecipanti residenti in zone urbane o rurali: i primi hanno evidenziato un livello più alto di ansia e paura, i secondi hanno evidenziato più tristezza. Ciò potrebbe essere dovuto alla maggiore densità di popolazione nelle aree urbane, in cui la situazione epidemica era più grave (Huang et al., 2020).

Anche Lai e colleghi (2020) hanno valutato le conseguenze psicologiche per i professionisti sanitari in prima linea di 34 ospedali cinesi, valutando i livelli di depressione, ansia, insonnia e angoscia. Lo studio ha rivelato un'elevata presenza di sintomi psicologici in medici e infermieri direttamente coinvolti nella cura dei pazienti con Covid-19. Il campione era composto da 1.257 operatori in prima linea e i risultati hanno evidenziato che 634 di loro hanno riportato sintomi di depressione, 560 sintomi di ansia, 427 insonnia e 899 angoscia.

In particolare le donne, rispetto agli uomini, hanno mostrato livelli più gravi di ansia, depressione e angoscia, che possono essere considerati fattori di rischio per lo sviluppo di problemi di salute mentale.

Anche in quest'indagine, coerentemente con i risultati della ricerca precedentemente considerata, è emerso che il fatto di lavorare fuori dalla provincia di Hubei è associato a un minore rischio di sentirsi angosciati. Allo stesso tempo gli operatori in prima linea che lavorano a Wuhan (l'epicentro di questa epidemia) hanno riportato sintomi più gravi rispetto a quelli che lavorano al di fuori della provincia di Hubei e a quelli che lavorano nella provincia di Hubei ma all'esterno di Wuhan.

La risposta psicologica dei professionisti sanitari a un'epidemia causata da malattie infettive è complessa. Il fatto che il Covid-19 sia trasmissibile da uomo a uomo, che sia associato ad alta morbilità e che sia potenzialmente letale può intensificare la percezione del pericolo personale (Lai et al., 2020). Nel loro insieme questi risultati dimostrano che gli infermieri, le donne, coloro che lavorano a Wuhan e gli operatori in prima linea corrono un maggior rischio di sviluppare sofferenza mentale, in quanto riportano sintomi più gravi in tutte le variabili misurate.

Simili risultati sono emersi in un altro studio (Zhang et al., 2020) che ha indagato la diffusione dell'insonnia nel personale medico degli ospedali durante l'epidemia con l'obiettivo di verificare la presenza di una correlazione con i fattori sociopsicologici.

Per quanto riguarda i sintomi di insonnia, è emerso che il gruppo "insonnia", paragonato al gruppo "non-insonnia", è costituito da più infermieri (70,0% vs 59,0%), meno medici (22,0% vs 33,0%) e più donne. In un campione totale di 1.563 partecipanti è emerso che il 36,1% del personale medico soffriva di insonnia. Inoltre, la prevalenza di sintomi depressivi era del 50,7%, dei sintomi di ansia del 44,7% e dei sintomi correlati allo stress del 73,4%.

Un altro studio, che mirava a indagare la salute mentale del personale medico concentrandosi in particolare sull'epidemia di Covid-19, Xing e colleghi

(2020) hanno coinvolto 560 operatori di 12 ospedali, dislocati in 8 province e città del Paese. Dai risultati è emerso che i punteggi dei fattori somatizzazione, disturbo ossessivo-compulsivo, ansia, ansia fobica e psicoticismo, inclusi nel questionario auto-somministrato SCL-90, erano significativamente più alti nel personale medico rispetto a quanto emerso nel gruppo di controllo. La vicinanza alla malattia ha aumentato negli operatori sanitari la tendenza a sviluppare ansia e paura. Questi risultati suggeriscono la presenza di un incremento di ansia, sintomi depressivi, scarsa qualità del sonno e disagio psicologico tra gli operatori sanitari, e ha evidenziato che le donne e le persone impegnate in prima linea risultano essere maggiormente a rischio di sviluppare sintomi psichiatrici durante la pandemia di Covid-19.

Allo studio condotto da Cai e colleghi (2020) hanno partecipato 1.521 operatori sanitari (di cui 147 esperti di emergenze e 1.374 senza esperienza) impegnati nella cura di pazienti con Covid-19. Lo scopo dei ricercatori era esplorare le condizioni psicologiche dei partecipanti alla ricerca e analizzare le associazioni tra supporto sociale, resilienza e salute mentale. Dallo studio è emerso che la prevalenza del disagio psicologico rilevata nel campione preso in considerazione era del 14,1%.

Nel complesso, i dati hanno evidenziato differenze statisticamente significative nella sensibilità interpersonale e nell'ansia fobica tra i due gruppi: nel gruppo di lavoratori senza esperienza sono emersi punteggi inferiori per quanto riguarda la resilienza e il supporto sociale, ed è emersa anche una maggiore probabilità di presentare ansia fobica e bassi livelli di sensibilità interpersonale. Dunque, nel personale senza esperienza, la salute mentale potrebbe essere significativamente predetta dalla resilienza e dal supporto sociale.

Chew e colleghi (2020) hanno condotto una ricerca sugli operatori sanitari impegnati in India e a Singapore durante l'epidemia di Covid-19. Il campione risultava composto da 906 lavoratori tra medici, infermieri, farmacisti, fisioterapisti, terapisti occupazionali, tecnici, amministratori, impiegati e addetti alla manutenzione. La maggior parte dei partecipanti erano indiani, seguiti da cinesi e malesi.

Lo studio mirava a esaminare l'associazione esistente tra sintomi fisici e stress psicologico nel personale medico di questi paesi durante l'attuale epidemia.

Dal Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) emergono sintomi di ansia in 142 persone (il 55,6% ha ottenuto punteggi che vanno da un grado di ansia moderato a uno molto grave), sintomi di depressione in 96 (il 50% da moderato a molto grave) e stress in 47 (il 42,6% moderato-grave). Non sono emerse invece differenze statisticamente significative tra i due paesi.

I sintomi maggiormente riportati erano mal di testa, faringodinia, ansia, letargia, insonnia.

Il gruppo che ha riportato sintomi fisici aveva maggiori probabilità di risultare positivo allo screening di ansia, stress, depressione e disturbo post-traumatico da stress ed era composto da meno partecipanti di sesso femminile rispetto al gruppo senza sintomi. I soggetti del gruppo con sintomi fisici avevano anche una comorbidità preesistente e un'età più avanzata.

Gli autori hanno ipotizzato che l'aumento della prevalenza dei sintomi fisici rivelati dagli strumenti di self-report sia, con molta probabilità, dovuta all'impatto psicologico dell'epidemia (Chew et al., 2020).

La prima indagine che ha esplorato, oltre allo stato di salute mentale, anche i bisogni di supporto psicologico del personale medico a Wuhan durante l'epidemia di Covid-19 è quella condotta da Kang e colleghi (2020). Essa ha coinvolto 994 partecipanti: 183 (18,4%) erano medici e 811 (81,6%) infermieri; il 31,1% di loro lavorava in reparti ad alto rischio.

I risultati evidenziano che il 36% del personale medico e infermieristico riportava disturbi di salute mentale sottosoglia, il 34,4% aveva disturbi lievi, il 22,4% aveva disturbi moderati e il 6,2% disturbi gravi. Inoltre è emerso che gli infermieri e i medici con problemi psicologici più gravi erano anche più interessati a ricevere aiuto da psicoterapeuti e psichiatri.

Essi, in base al livello del problema, differivano per quanto riguarda le modalità attraverso le quali desideravano ottenere il supporto psicologico: il personale con problemi psicologici più gravi preferiva ricevere aiuto da professionisti, mentre coloro che riportavano disturbi moderati preferivano ricevere il servizio da fonti mediatiche.

Per quanto riguarda l'accesso ai servizi di supporto psicologico, è emerso che il 36,3% di tutti i partecipanti aveva ricevuto materiale psicologico, il 50,4% aveva ricevuto supporto mediante le risorse messe a disposizione attraverso i media, e il 17,5% aveva partecipato a consulenze psicologiche di gruppo.

In conclusione, i ricercatori hanno sottolineato che una parte cospicua degli operatori sanitari riporta un disagio psicologico e hanno suggerito che queste persone beneficerebbero di una maggiore disponibilità di servizi di supporto psicologico forniti da psicologi e psichiatri (Kang et al., 2020).

I principali risultati emersi dagli articoli inclusi sono stati riassunti nella Tabella 2.

Discussione

Dagli studi condotti durante le precedenti epidemie di SARS (sindrome respiratoria acuta grave) e di MERS (sindrome respiratoria mediorientale) è emerso che il personale sanitario non solo è sottoposto a stress nel corso delle epidemie, ma può riportare una sofferenza psicologica che si protrae anche per molto tempo dopo la fine dell'epidemia (Khalid et al., 2016; Lee et al., 2005).

Tutti gli studi rivelano un'alta prevalenza di sintomi di disagio psicologico tra gli operatori sanitari che lavorano con i pazienti con Covid-19 in Cina.

Il fatto di lavorare in prima linea rappresenta un fattore di rischio indipendente per peggiori esiti sulla salute mentale dei lavoratori. Gli operatori impegnati in prima linea a Wuhan sono risultati ad alto rischio di sviluppare sintomi depressivi, ansia, insonnia e angoscia, e questo mette in luce quanto la protezione della loro salute mentale richieda la massima attenzione (Lai et al., 2020). Quasi tutti gli studi inclusi hanno mostrato una preoccupante prevalenza di sintomi di ansia e depressione da moderati a molto gravi e un'elevata sofferenza psicologica tra gli operatori sanitari; in alcuni di essi sono emersi alti livelli di insonnia, paure e altre emozioni negative.

Tabella 2. Studi sui problemi di salute mentale degli operatori sanitari durante il Covid-19. Vengono riportati il paese d'origine, la popolazione studiata, la metodologia, gli strumenti utilizzati e i risultati (segue).

AUTORI	PAESE D'ORIGINE	POPOLAZIONE STUDIATA	METODOLOGIA	STRUMENTI	RISULTATI
Chenxi Zhang et al., 2020	Cina	1563 operatori sanitari (coinvolti in prima linea) divisi in due gruppi: insonnia (punteggio totale ≥ 8) e non insonnia (punteggio totale < 8)	Sondaggio online con programma We-Chat	- ISI (Insomnia Severity Scale). - PHQ-9 (the Patient Health Questionnaire – 9-items Depression Module). - GAD (Generalized Anxiety Disorder Scale). - IES-R (Impact of Events Scale – Revised)	Il 36,1% dei partecipanti ha sintomi di insonnia. La prevalenza dei sintomi depressivi era del 50,7%, i sintomi di ansia 44,7% e sintomi legati allo stress 73,4%
Haozheng Cai et al., 2020	Cina	534, di cui 233 medici (43,6%), 248 infermieri (46,4%) dei reparti di malattie infettive, medicina d'urgenza, ambulatori per la febbre e unità di terapia intensiva, e 48 tecnici (9%) di radiologia e medicina di laboratorio, 5 dipendenti dell'ospedale (1%) della sezione di prevenzione delle infezioni	Studio osservazionale trasversale	Il questionario comprende 5 sezioni e 67 domande. 1) sentimenti del personale medico durante l'epidemia da COVID 19 2) elementi che potrebbero indurre lo stress nel personale medico 3) fattori che potrebbero ridurre il loro stress 4) identificazione delle strategie personali di coping in risposta allo stress dell'epidemia 5) ciò che incoraggerebbe il personale medico a essere più fiducioso in future epidemie	Il personale infermieristico si sentiva più nervoso e ansioso quando era in reparto rispetto a quanto emerso tra il personale medici dei ($P=0,02$). I medici erano più scontenti del lavoro straordinario ($P=0,02$). Il personale medico era ansioso per la propria sicurezza e per quella delle proprie famiglie e riportava effetti psicologici in relazione ai rapporti sulla mortalità per infezione da COVID-19.
Jun Xing et al., 2020	Cina	548 operatori del personale medico che si occupa della nuova polmonite da coronavirus, in otto province e città della Cina	Studio trasversale	SCL-90	La media complessiva della SCL-90 e i valori medi dei fattori (somatizzazione, ossessivo-compulsivo, ansia, ansia fobica e psicoticismo) del personale medico erano significativamente più alti di quelli del gruppo di controllo
Long Huang et al., 2020	Cina	374 infermieri e 407 studenti universitari di infermieristica	Sondaggio con questionario online	"A modified Brief COPE (Carver, 1997) and an emotional responses scale"	Gli infermieri impegnati nelle aree epicentro dell'epidemia hanno mostrato livelli più alti di ansia, paura, tristezza e rabbia rispetto agli studenti universitari di infermieristica. Le donne hanno mostrato un'ansia e una paura più gravi rispetto agli uomini. I partecipanti dalle città hanno mostrato più ansia e paura dei partecipanti delle zone rurali, ma i partecipanti delle zone rurali hanno mostrato più tristezza dei partecipanti provenienti dalle aree urbane

(Segue)

Tabella 2. Studi sui problemi legati alla salute mentale degli operatori sanitari durante il Covid-19, in cui vengono riportati il paese d'origine, la popolazione studiata, la metodologia, gli strumenti utilizzati e i risultati (seguito)

Yuhong Dai et al., 2020	Cina	4.357 operatori sanitari da Wuhan, altre regioni della provincia di Hubei e altre province: 1.419 (32,5%) medici e 2.343 (53,8%) infermieri	Studio trasversale, con questionari anonimi distribuiti online	Sono state poste 6 domande per valutare la percezione del rischio di COVID-19 da parte dei partecipanti e un questionario generale sulla salute è stato utilizzato per identificare lo stato psicologico immediato dei partecipanti	Dei 4.357 operatori sanitari, 1.704 (39,1%) hanno mostrato disagio psicologico
Wen Lu et al., 2020	Cina	2299 partecipanti, tra cui 2042 personale medico e 257 personale amministrativo	Studio trasversale, con questionari anonimi distribuiti online	- Numeric Rating Scale (NRS) on Fear (NRS) - Hamilton Anxiety Scale (HAMA) - Hamilton Depression Scale (HAMD)	2299 partecipanti (2042 personale medico e 257 personale amministrativo). La differenza tra la gravità della paura ($p < 0,001$) e dell'ansia ($p = 0,049$) tra due gruppi è risultata significativa. Inoltre, l'11,8% del personale medico ha presentato una depressione da lieve a moderata, e lo 0,3% una grave depressione.
Jiabao Lai et al., 2020	Cina	1257 operatori (493 medici e 764 infermieri), che lavorano a Wuhan (n=760), nella provincia dello Hubei fuori Wuhan (n=261), e fuori dalla provincia dello Hubei (n=236)	Studio trasversale	- Patient Health Questionnaire (9 item) - Generalized Anxiety Disorder Scale (7 item) - Insomnia Severity Index (7 item) - Impact of Event Scale-Revised (7 item)	Sul totale, 634 avevano sintomi di depressione, 560 di ansia, 427 di insonnia e 899 riportavano sentimenti di angoscia. I lavoratori di prima linea che lavorano a Wuhan (l'epicentro di questa epidemia) hanno riportato sintomi più gravi rispetto a quelli al di fuori delle province Hubei e quelli nella provincia dello Hubei fuori Wuhan.
Lijun Kang et al., 2020	Cina	994 personale medico (n=183) e infermieristico (n=811) operante a Wuhan	Studio trasversale, questionario online, anonimo e auto-somministrato	Il questionario è composto da sei parti: 1) dati demografici di base 2) valutazione della salute mentale 3) rischi di esposizione diretta e indiretta al COVID-19 4) servizi di salute mentale a cui si è avuto accesso 5) bisogni psicologici 6) stato di salute autopercepito paragonato a quello prima del COVID-19	Su un totale di 994 partecipanti, il 36% riportava disturbi di salute mentale sottosoglia (ansia, depressione, insonnia), il 34,4% aveva disturbi lievi, il 22,4% aveva disturbi moderati e il 6,2% aveva gravi disturbi. I risultati più elevati riguardavano in modo particolare le giovani donne.
Wenpeng Cai et al., 2020	Cina	1521 operatori sanitari che lottano contro il COVID-19, 147 personale esperto in emergenza e 1374 personale senza esperienza	Studio trasversale	- Symptom Check-List-90 (SCL-90) - Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) - Social Support Rating Scale (SSRS)	In un totale di 1521 partecipanti (147 personale esperto in emergenze, 1374 personale senza esperienza) la prevalenza di anomalie psicologiche era del 14,1%.

(Segue)

Tabella 2. Studi sui problemi di salute mentale degli operatori sanitari durante il Covid-19. Vengono riportati il paese d'origine, la popolazione studiata, la metodologia, gli strumenti utilizzati e i risultati (seguito).

Nicholas W.S. Chew et al., 2020	India	906 in totale (480 da Singapore e 426 dall'India), gli infermieri comprendevano il 39,2% della popolazione, i medici il 29,6%	Studio trasversale	<ul style="list-style-type: none"> - Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) - Impact of Events Scale Revised (IES-R) - Una checklist di 16 sintomi fisici, generali o respiratori, riferiti al mese precedente 	Il 55,6% ha ottenuto un punteggio di ansia da moderata a molto grave; nel 50% è emersa depressione da moderata a molto grave; il 42,6% ha ottenuto punteggi di stress da moderato-grave. Il gruppo che ha riportato sintomi fisici aveva maggiori probabilità di risultare positivo allo screening di ansia, stress, depressione e disturbo post-traumatico da stress
Wenzhi Wu et al., 2020	Cina	2110 personale medico e 2158 studenti universitari	Studio trasversale	Psychological Stress Questionnaire, con 3 fattori: <ol style="list-style-type: none"> 1) consapevolezza del rischio 2) risposta fisica e mentale; 3) speranza ottimistica 	Le differenze occupazionali tra il gruppo del personale medico e il gruppo degli studenti universitari per quanto riguarda lo stato di stress psicologico sono risultate significative. Il personale medico, rispetto agli studenti universitari, ha ottenuto un punteggio significativamente più alto in tutti gli item del questionario sullo stress psicologico

In particolare due studi hanno utilizzato la SCL-90 (Symptom Checklist) per valutare le conseguenze psicologiche per gli operatori sanitari coinvolti nella lotta contro il Covid-19. I risultati emersi dallo studio di Xing e colleghi (2020) hanno dimostrato che la media complessiva della SCL-90 e i valori medi dei fattori (somatizzazione, ossessivo-compulsivo, ansia, ansia fobica e psicoticismo) riportati dal personale medico erano significativamente più alti di quelli del gruppo di controllo, mentre il punteggio medio del fattore sensibilità interpersonale del personale medico era significativamente più basso di quello del gruppo di controllo.

Inoltre, Cai e colleghi (2020) hanno scoperto che i medici, in particolare quelli senza esperienza di emergenze sanitarie pubbliche, hanno evidenziato livelli più bassi per quanto riguarda la salute mentale, la resilienza e il supporto sociale, e tendevano a soffrire di anomalie psicologiche nella sensibilità interpersonale e nell'ansia fobica.

Di fronte alla catastrofica emergenza sanitaria causata dal Covid-19, il personale medico è stato colpito, sia da un punto di vista soggettivo che oggettivo, da diversi fattori.

La risposta psicologica degli operatori sanitari di fronte a un'epidemia di malattie infettive risulta molto complicata. Le fonti di angoscia possono includere sentimenti di vulnerabilità o perdita di controllo e preoccupazioni per la propria salute, per quella dei propri familiari e di altre persone, per la diffusione del virus, per i cambiamenti nel lavoro e per l'isolamento sociale.

Il fatto che il Covid-19 sia trasmissibile tra esseri umani, sia associato a un'alta morbilità e sia potenzialmente letale può intensificare la percezione del pericolo personale (Lai et al. 2020). Le più importanti variabili associate allo stress comprendevano lo stretto contatto con i pazienti, la scarsa familiarità con gli ambienti e le procedure di lavoro, il disagio fisico e i disagi causati dai dispositivi di protezione individuale, l'affrontare la sofferenza e la morte di pazienti gravemente malati, la separazione per lungo tempo dai membri della propria famiglia e il rischiare la propria vita per vivere ogni giorno con i pazienti, tutti fattori che causano una risposta psicologica nel personale medico (Huang et al., 2020).

La lotta contro le malattie infettive è una sfida importante per il personale sanitario, soprattutto per gli infermieri, che sono esposti costantemente al rischio di morte e fanno un lavoro altamente stressante, caratterizzato da privazione del sonno, bassa libertà, alta responsabilità e alto grado di cooperazione.

Allo stesso tempo emerge che la loro motivazione nel continuare a lavorare è legata a importanti fattori, come le responsabilità sociali e morali e gli obblighi professionali. Inoltre la consapevolezza che i propri familiari stanno bene e che non sono a rischio di infezione, e il fatto di lavorare in un ambiente positivo, con la serenità della sicurezza personale sul lavoro durante l'epidemia, sono tra gli elementi che hanno contribuito maggiormente ad alleviare lo stress tra gli operatori sanitari. Questi risultano essere i due fattori principali che potrebbero essere importanti per incoraggiare il personale medico a continuare il lavoro durante l'epidemia (Cai et al., 2020). Inoltre, la consapevolezza degli effetti delle misure di prevenzione, unitamente a un ridotto numero di casi segnalati, ha abbassato il livello di stress del personale. Le preoccupazioni finanziarie o altre forme di remunerazione, di contro, non risultano significative nella motivazione al lavoro del personale sanitario (Cai et al., 2020).

Uno studio condotto tra gli operatori sanitari impegnati nei dipartimenti di emergenza durante l'epidemia di SARS ha mostrato inoltre che gli infermieri, rispetto ai medici, erano più propensi a sviluppare distress e a usare il disimpegno comportamentale (Wong et al., 2005).

Coerentemente con questi risultati, in uno studio realizzato a Singapore dopo la SARS è emerso che i medici presentavano livelli inferiori di stress post-traumatico rispetto agli infermieri (Phua et al., 2005). In un altro studio sono stati trovati, inoltre, livelli più elevati di stress tra gli infermieri rispetto ai medici, il che indica che gli infermieri avevano anche maggiori probabilità di avere un carico di lavoro maggiore (Hoh et al., 2005; Wong et al., 2005). Il personale infermieristico in prima linea, che curava i pazienti affetti da SARS è stato messo alla prova fisicamente e psicologicamente quando si è trovato impegnato a fornire ai pazienti un'assistenza infermieristica di alta qualità (Shih et al., 2007; Chan et al., 2003; Tzeng et al., 2003; Mok et al., 2005). Inoltre, è possibile che nella fase iniziale dell'epidemia di SARS, gli infermieri abbiano avuto meno probabilità di essere messi in guardia sui rischi dell'esposizione o di essere dotati di protezioni adeguate (Mok et al., 2005).

Inoltre, gli infermieri sono rimasti a contatto con i pazienti per periodi più lunghi; e nei reparti infettivi, in cui non era permesso l'ingresso agli assistenti, gli infermieri dovevano prendersi totalmente cura della vita dei pazien-

ti, con una maggiore preoccupazione, dunque, di essere infettati. In relazione a questi elementi è possibile affermare che il benessere e la salute mentale delle donne e degli infermieri che lavorano con pazienti con Covid-19 meritano un'attenzione particolare. Gli infermieri rappresentano, dunque, uno dei gruppi più vulnerabili essendo maggiormente esposti al rischio di infezione (Huang et al., 2020).

Gli infermieri, a causa della carenza di personale medico, si trovano ad affrontare stimoli fisici, mentali e ambientali che li portano a essere sottoposti a un maggiore carico psicologico e a sviluppare problemi emotivi più gravi (Huang et al., 2020). Il personale sembrava differire anche per quanto riguarda i risultati emersi nella rilevazione dell'insonnia. In primo luogo, i medici lavoravano spesso di giorno e potevano dunque avere un buon sonno durante la notte, mentre gli infermieri dovevano lavorare tutta la notte, con frequenti turni notturni (Jehan et al., 2017). Questi ultimi avevano maggiori probabilità di sviluppare disturbi del ritmo circadiano indotte da turni di notte irregolari e frequenti (Martin et al., 2006). In secondo luogo, i medici avevano spesso un livello di istruzione superiore. In terzo luogo, uno studio condotto in precedenza ha evidenziato che un maggior contatto con i pazienti più gravi era legato a punteggi IES/Impact of Events Scale più alti (Maunder et al., 2004) e i medici spesso avevano meno contatti con i pazienti rispetto agli infermieri. Comunque l'insonnia sembra essere una delle conseguenze più comuni e pericolose per la salute mentale degli operatori sanitari in generale. Il personale medico doveva essere equipaggiato per essere esposto per più di dodici ore ad alte temperature e a pressione negativa con indumenti protettivi completi per il corpo, tra cui un equipaggiamento protettivo a doppio strato, maschere a doppio strato, guanti a doppio strato, cappucci isolanti, bendaggi per i piedi e occhiali protettivi. Per evitare di infettarsi mentre si toglieva i dispositivi di protezione, il personale non poteva mangiare, bere o usare il bagno durante l'orario di lavoro. Molti di loro, a causa della eccessiva sudorazione, si sono disidratati e alcuni hanno sviluppato cistiti ed eruzioni cutanee.

Il personale che lavorava nelle aree di isolamento aveva contatti stretti e frequenti con i pazienti. A causa di questi contatti ad alto rischio, gli operatori risultavano essere mentalmente e fisicamente esausti, con un conseguente incremento del rischio di insonnia indotta dall'alto stress (Zhang et al., 2020). Lo stress ha comportato una maggiore attivazione psicologica e fisiologica in risposta alle richieste, e l'attivazione del sistema HPA (ipotalamo-ipofisurrene) risultava incompatibile con un sonno normale.

Sembra probabile, inoltre, che la compromissione del sonno causasse un'ulteriore stimolazione del sistema HPA e quindi attivasse un circolo vizioso di stress e insonnia (Akerstedt, 2006). Da quanto emerso nello studio incluso di Zhang e colleghi (2020), il tasso di prevalenza dell'insonnia tra il personale medico era del 36,1%. In un altro studio condotto da Wu e colleghi (2020), il personale sanitario operante nell'area di Wuhan ha ottenuto al "Poorsleepquality" un punteggio significativamente più alto rispetto al personale che lavorava al di fuori della zona di Wuhan, e anche Lai e colleghi (2020) hanno scoperto che su un totale di 1.257 operatori sanitari, 427 soffrivano di sintomi di insonnia. La risposta allo stress psicologico influisce, inoltre, sulla

qualità del sonno degli operatori sanitari, che riportano in particolare difficoltà di addormentamento, sonno leggero, maggiore attività onirica, sonno interrotto da facili risvegli e più movimenti notturni. La diminuzione della qualità del sonno può influenzare l'efficienza lavorativa del personale medico, con un incremento della sintomatologia ansiosa e un conseguente bisogno di un intervento psicologico tempestivo (Wu et al., 2020).

In una meta-analisi di Zhang e colleghi (2006) le donne sono risultate più sensibili allo sviluppo di insonnia. La maggior parte degli infermieri erano donne, mentre i medici erano perlopiù uomini, e questo elemento può essere considerato un'ulteriore spiegazione dell'insonnia più elevata rilevata tra gli infermieri rispetto ai medici, di cui si è parlato in precedenza. Inoltre, tra gli operatori sanitari che si trovano ad affrontare l'emergenza sanitaria, le differenze di genere non sono emerse solamente per quanto concerne l'insonnia. Alcuni degli studi inclusi in questa rassegna hanno infatti indagato e messo in luce differenze di genere. Huang e colleghi (2020) hanno riscontrato che le donne presentavano livelli più elevati di ansia e paura rispetto agli uomini. Kang e colleghi (2020) hanno rilevato che tra il personale medico e infermieristico le donne mostravano livelli più elevati di ansia e paura rispetto agli uomini. Dallo studio condotto da Lai e colleghi (2020) è emersa una grave ansia tra le donne che, riportando in misura maggiore sintomi di depressione, ansia e angoscia, possono essere a più alto rischio di disturbi di tipo psicologico. Infine, Zhang e colleghi (2020) hanno scoperto che nel gruppo in cui erano emersi disturbi del sonno c'erano più donne che nel gruppo di persone in cui l'insonnia non veniva riportata.

Allo stesso tempo, altri due studi hanno dato risultati diversi. Dalla ricerca di Cai e colleghi (2020) è risultato che i fattori di riduzione dello stress hanno avuto un impatto maggiore sulle donne che sugli uomini. Chew e colleghi (2020) hanno osservato che il gruppo che ha riportato sintomi fisici causati dallo stress comprendeva meno donne rispetto al gruppo senza sintomi.

Questo potrebbe essere spiegato dal fatto che le donne sembrano essere più propense a usare il coping focalizzato sul problema rispetto agli uomini, e meno propense a usare il coping focalizzato sulle emozioni. Le donne potrebbero essere più vulnerabili e sensibili alle questioni emotive, quindi il coping focalizzato sulle emozioni viene utilizzato raramente quando affrontano situazioni stressanti (Huang et al., 2020). Le donne danno più importanza alle loro esperienze interiori e alle percezioni di sé, le loro emozioni sono più fragili e sensibili, e sono più vulnerabili alla depressione, all'ansia e alla solitudine (Huang et al., 2020).

Come riportato in precedenza, lo stress aumenta l'attivazione psicologica e fisiologica in risposta alle richieste, attivando il sistema HPA e causando alti livelli di eccitazione che possono portare, oltre all'insonnia, a un eccesso di sintomi fisici, tra cui sintomi cardiovascolari, respiratori, neurologici o gastrointestinali (Chew et al., 2020). I sintomi somatici possono essere più prevalenti durante i periodi di stress e si ipotizza che questi rappresentino un modo per comunicare le emozioni (Basant et al., 2014). Chew e colleghi hanno ipotizzato che l'aumento della prevalenza di sintomi fisici autoriferiti sia probabilmente attribuibile all'impatto psicologico dell'epidemia. Un altro fattore

è rappresentato dallo stigma sociale associato ai problemi di salute mentale, che potrebbe aver portato gli individui ad avere una maggiore tendenza a esprimere il loro disagio psicologico attraverso i sintomi fisici (Yl, 2007). Dalla ricerca di Chew e colleghi (2020) è emerso che i sintomi fisici più comuni riportati all'interno del loro campione erano mal di testa, mal di gola, ansia, letargia, insonnia. Il gruppo che ha riportato sintomi fisici aveva maggiori probabilità di risultare positivo allo screening di ansia, stress, depressione e disturbo post-traumatico da stress. Gli autori ritengono che durante l'attuale epidemia di Covid-19 alcuni sintomi, come mal di gola, tosse e mialgia, possano essere particolarmente diffusi per effetto dello stress psicologico e ulteriormente aggravati dalla presenza di varie comorbidità.

Gli studi inclusi nella rassegna hanno rivelato delle limitazioni nella disponibilità di servizi di salute mentale forniti da psicologi e psichiatri e di punti di accesso all'assistenza psicologica per persone in difficoltà, comprese le fonti di supporto meno personalizzate, come pubblicazioni di materiali a carattere psicologico e risorse messe a disposizione dai media. Questi ultimi metodi possono tuttavia contribuire positivamente ad alleviare i problemi di salute mentale e il disagio fisico causato da fattori di rischio come l'esposizione al Covid-19.

Durante l'epidemia da Covid-19, gli ospedali dovrebbero impegnarsi a fornire e a garantire agli infermieri un'assistenza psicologica tempestiva, una formazione sulle strategie di coping, e adeguate attrezzature mediche protettive. Dovrebbero inoltre garantire la messa in atto di interventi atti a bloccare la diffusione dell'infezione, allo scopo di rendere gli ospedali degli ambienti sicuri in cui il Covid-19 smetta di diffondersi.

Servono interventi multidisciplinari per sostenere il personale sanitario e mirati sia alle manifestazioni psicologiche sia ai sintomi fisici. La consulenza psicologica dedicata può aiutare il personale medico a stimolare, mantenere e migliorare le emozioni positive e a liberarsi dalle emozioni negative e dallo stress in modo da aumentare la flessibilità comportamentale, costruire risorse personali ed eliminare gli effetti fisiologici delle emozioni negative, come proposto da Fredrickson con la teoria broaden-and-build delle emozioni positive (Fredrickson, 2004).

Gli interventi volti a promuovere il benessere mentale negli operatori sanitari esposti a Covid-19 devono essere immediatamente implementati, dando particolare attenzione agli operatori dell'area medica senza esperienza nelle emergenze sanitarie pubbliche, alle donne, agli infermieri e agli operatori sanitari coinvolti in prima linea. Per prepararsi al meglio a future epidemie sarebbe necessario investire maggiormente negli strumenti e nei servizi per la tutela della salute mentale, con lo scopo di proteggere e aiutare il personale medico e infermieristico che si trova improvvisamente coinvolto in prima linea.

Conclusioni

In conclusione, la nostra rapida rassegna sistematica fornisce una sintesi completa dei dati esistenti, limitati al periodo iniziale della pandemia di Covid-19, evidenziando gli alti tassi di prevalenza di depressione, ansia, insonnia e distress tra gli operatori sanitari.

Nella ricerca futura sarebbe opportuno esplorare i metodi per rafforzare il monitoraggio delle condizioni di salute mentale del personale medico e stabilire un sistema di difesa psicologica attivo, sistematico e scientifico in tali circostanze speciali.

Inoltre, confrontare gli studi condotti nei paesi asiatici con quelli condotti in altre aree geografiche potrebbe permettere di comparare le reazioni allo stress dovuto alla pandemia e il supporto psicologico ricevuto in entrambe le aree.

I risultati possono aiutare a quantificare i bisogni di supporto del personale, per mettere a punto interventi su misura a vari livelli, al fine di aumentare la resilienza e mitigare la vulnerabilità in condizioni pandemiche.

Monica Ahmad, Dipartimento di Pedagogia, Psicologia, Filosofia – Università degli Studi di Cagliari, Italia – Scuola di specializzazione in Psicologia della Salute.

Monica Manuela Floris, Psicologi per I Popoli – Sardegna; Dipartimento di Pedagogia, Psicologia, Filosofia – Università degli Studi di Cagliari, Italia – Scuola di specializzazione in Psicologia della Salute.

Claudia Leone, Dipartimento di Pedagogia, Psicologia, Filosofia – Università degli Studi di Cagliari, Italia – Scuola di specializzazione in Psicologia della Salute.

Valentina Piga, Dipartimento di Pedagogia, Psicologia, Filosofia – Università degli Studi di Cagliari, Italia – Scuola di specializzazione in Psicologia della Salute.

Bibliografia

Åkerstedt T. (2006), *Psychosocial stress and impaired sleep*, “Scand J Work Environ Health”, 32, 493–501.

Puri B., Hall A. e Ho R. (2014), *Revision Notes In Psychiatry*, CRC Press, Boca Raton.

Bukhari E.E., Temsah M.H., Aleyadhy A.A., Alrabiaa A.A., Alhboob A.A., Jamal A.A. e Binsaeed A.A. (2016), *Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) outbreak perceptions of risk and stress evaluation in nurses*, “The Journal of Infection in Developing Countries”, 10(08), 845–850, <https://doi.org/10.3855/jidc.6925>

Cai W., Lian B., Song X., Hou, T., Deng G. e Li H. (2020), *A cross-sectional study on mental health among health care workers during the outbreak of Corona Virus Disease 2019*, “Asian Journal of Psychiatry”, 51, <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102111>

- Cai H., Tu B., Ma J., Chen L., Fu L., Jiang Y. e Zhuang Q. (2020), *Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID) in Hubei, China*, “Medical Science Monitor”, 26, <https://doi.org/10.12659/MSM.924171>
- Chan S. (2003), *Nurses fighting against severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong*, “J Nurs Scholarsh”, 35(3), 209, doi: 10.1111/j.1547-5069.2003.00209.x
- Chew N.W.S., Lee G.K.H., Tan B.Y.Q., Jing M., Goh Y., Ngiam N.J.H., Yeo L.L.L., Ahmad A., Ahmed Khan F., Napoleon Shanmugam G., Sharma A.K., Komalkumar R.N., Meenakshi P.V., Shah K., Patel B., Chan B.P.L., Sunny S., Chandra B., Ong J.J.Y., ... Sharma V.K. (2020), *A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak*, “Brain, Behavior, and Immunity”, 88, 559-565, <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.049>
- Dai Y., Hu G., Xiong H., Qiu H., Yuan X., Yuan X., Hospital T., Avenue J.F., Qiu H. e Hospital T. (2020), *Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China*, medRxiv, doi:<https://doi.org/10.1101/2020.03.03.20030874>
- Fredrickson B.L. (2004), *The broaden-and-build theory of positive emotions*, “Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences”, 359(1449), 1367–1377, <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1512>
- Huang L., Xu F.M. e Liu H.R. (2020), *Emotional responses and coping strategies of nurses and nursing college students during COVID-19 outbreak*, MedRxiv, <https://doi.org/10.1101/2020.03.05.20031898>
- Huang C., Wang Y., Li X., Ren L., Zhao J., Hu Y., Zhang L., Fan G., Xu J., Gu X., Cheng Z., Yu T., Xia J., Wei Y., Wu W., Xie X., Yin, W., Li H., Liu M., ... Cao B. (2020), *Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China*, “The Lancet”, 395(10223), 497–506, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)
- Kang L., Ma S., Chen M., Yang J., Wang Y., Li R., Yao, L., Bai H., Cai Z., Xiang Yang B., Hu S., Zhang K., Wang G., Ma C. e Liu, Z. (2020), *Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study*, “Brain, Behavior, and Immunity”, March, 1–7, <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028>
- Kang L., Li Y., Hu S., Chen M., Yang C., Yang B.X., Wang Y., Hu J., Lai, J., Ma X., Chen J., Guan L., Wang G., Ma H. e Liu Z. (2020), *The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus*, “The Lancet Psychiatry”, 7(3), e14, [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X)
- Khalid I., Khalid T.J., Qabajah M.R., Barnard A.G. e Qushmaq I.A. (2016), *Healthcare Workers Emotions, Perceived Stressors and Coping Strategies During a MERS-CoV Outbreak*, “Clinical Medicine & Research”, 14(1), 7–14, <https://doi.org/10.3121/cm.2016.1303>

- Koh D., Lim M.K., Chia S.E. et al. (2005), *Risk perception and impact of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) on work and personal lives of healthcare workers in Singapore: what can we learn?*, "Medical Care", 43, 676–82, doi: 10.1097/01.mlr.0000167181.36730.cc
- Jehan S., Zizi F., Pandi-Perumal S.R., Myers A.K., Auguste E., Jean-Louis G., e McFarlane S.I. (2017), *Shift work and sleep: medical implications and management.*, "Sleep Med Disord", 1, 00008.
- Lai J., Ma S., Wang Y., Cai Z., Hu J., Wei N., Wu J., Du H., Chen T., Li R., Tan H., Kang L., Yao L., Huang M., Wang H., Wang G., Liu Z. e Hu S. (2020), *Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019*, "JAMA Network Open", 3(3), e203976, <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lee S.H., Juang, Y.Y., Su Y.J., Lee H.L., Lin Y.H. e Chao C.C. (2005), *Facing SARS: psychological impacts on SARS team nurses and psychiatric services in a Taiwan general hospital*, "General Hospital Psychiatry", 27(5), 352–358, <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2005.04.007>
- Li Q., Guan X., Wu P., Wang X., Zhou L., Tong Y., Ren, R., Leung K.S.M., Lau E.H.Y., Wong J.Y., Xing X., Xiang N., Wu Y., Li C., Chen Q., Li D., Liu T., Zhao J., Liu M., ... Feng, Z. (2020), *Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia* "New England Journal of Medicine", 382(13), 1199–1207, <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001316>
- Lu W., Wang H., Lin Y. e Li L. (2020), *Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study*, "Psychiatry Research", 288, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112936>
- Martin J.L., Webber A.P., Alam T. et al. (2006), *Daytime sleeping, sleep disturbance, and circadian rhythms in the nursing home*, "Am J Geriatr Psychiatry", 14, 121–29, doi: 10.1097/01.JGP.0000192483.35555.a3
- Maunder R.G., Lancee W.J., Rourke S. et al. (2004), *Factors associated with the psychological impact of severe acute respiratory syndrome on nurses and other hospital workers in Toronto*, "Psychosom Med", 66, 938–42, doi: 10.1097/01.psy.0000145673.84698.18
- Mok E., Chung B.P., Chung J.W. e Wong T.K. (2005), *An exploratory study of nurses suffering from severe acute respiratory syndrome (SARS)*, "Int J Nurs Pract", 11(4), 150-160, doi: 10.1111/j.1440-172X.2005.00520.x
- Murdoch D.R. e Howie S.R.C. (2018), *The global burden of lower respiratory infections: making progress, but we need to do better*, "The Lancet Infectious Diseases", 18(11), 1162–1163, [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(18\)30407-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(18)30407-9)
- Pappa S., Ntella V., Giannakas T., Giannakoulis V.G., Papoutsis E. Katsaounou P. (2020), *Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis*, "Brain, Behavior, and Immunity", <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Phua D.H., Tang H.K., Tham K.Y. (2005), *Coping responses of emergency physicians and nurses to the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak*, "Acad Emerg Med", 12, 322–28, doi: 10.1197/j.aem.2004.11.015

- Shih F.J., Gau M.L., Kao C.C. et al. (2007), *Dying and caring on the edge: Taiwan's surviving nurses' reflections on taking care of patients with severe acute respiratory syndrome*, "Appl Nurs Res", 20(4), 171-180, doi:10.1016/j.apnr.2006.08.007
- Tzeng H.M. (2003), *Fighting the SARS epidemic in Taiwan: a nursing perspective*, "J Nurs Adm", 33(11), 565-567, doi: 10.1097/00005110-200311000-00005
- Wong T.W., Yau J.K., Chan C.L. et al. (2005), *The psychological impact of severe acute respiratory syndrome outbreak on healthcare workers in emergency departments and how they cope*, "Eur J Emerg Med", 12(1), 13-18, doi: 10.1097/00063110-200502000-00005
- Wu P., Fang Y., Guan Z., Fan B., Kong J., Yao Z., Liu X., Fuller C.J., Susser E., Lu J. e Hoven C.W. (2009), *The Psychological Impact of the SARS Epidemic on Hospital Employees in China: Exposure, Risk Perception, and Altruistic Acceptance of Risk*, "The Canadian Journal of Psychiatry", 54(5), 302-311, <https://doi.org/10.1177/070674370905400504>
- Wu W., Zhang Y., Wang P., Zhang L., Wang G., Lei G., Xiao Q., Cao X., Bian Y., Xie S., Huang F., Luo N., Zhang J. e Luo M. (2020), *Psychological stress of medical staffs during outbreak of COVID-19 and adjustment strategy*, "Journal of Medical Virology", 10, <https://doi.org/10.1002/jmv.25914>
- Xing J., Sun N., Xu J., Geng S. e Li Y. (2020), *Study of the mental health status of medical personnel dealing with new coronavirus pneumonia*, "PLoS ONE", 15(5), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233145>
- Yl H. (2007), *Application of mental illness stigma theory to Chinese societies: synthesis and new directions*, "Singapore Med J", 48(11), 977.
- Zhang B. e Wing Y. (2006), *Sex differences in insomnia: a meta-analysis*, "Sleep", 29, 85-93, doi: 10.1093/sleep/29.1.85.
- Zhang C., Yang L., Liu S., Ma S., Wang Y., Cai Z., Du H., Li R., Kang L., Su M., Zhang J., Liu Z. e Zhang B. (2020), *Survey of Insomnia and Related Social Psychological Factors Among Medical Staffs Involved with the 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak*, "SSRN Electronic Journal", <https://doi.org/10.2139/ssrn.3542175>
- Wuhan Municipal Health Commission (2019), *Report of clustering pneumonia of unknown etiology in Wuhan City*, <http://wjw.wuhan.gov.cn/front/web/showDetail/2019123108989>
- Chinese Center for Disease Control and Prevention (2020), *Wuhan Municipal Health Committee's report on the status of viral pneumonia of unknown cause [EB / OL]*, http://www.chinacdc.cn/jkzt/crb/zl/szkb_11803/jszl_11809/202001/t20200119_211274.html.
- World Health Organization (2020), *Novel coronavirus-China*, <https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/>

Daniele Luzzo

Come i bias cognitivi hanno contribuito alla pandemia SARS-CoV-2

Riassunto *Questo articolo esamina l'impatto che i pregiudizi cognitivi inconsci possono avere sulle decisioni dei leader. Esso suggerisce come i bias¹ cognitivi influenzino il processo decisionale, in particolare durante una crisi, riducendo l'efficacia e l'efficienza dei risultati. Si evidenzia il ruolo essenziale svolto dai bias cognitivi e la necessità di coinvolgere esperti nel campo delle scienze sociali nello sviluppo delle politiche di salute pubblica.*

Parole chiave: salute pubblica, Covid-19, management, processo decisionale, bias cognitivi.

Abstract *This paper examines the impact that unconscious cognitive biases have on the leaders' strategy. It shows how cognitive biases affect the decision-making process, particularly during a crisis, reducing efficacy and cost-effectiveness of its outcomes. The paper highlights the essential role played by cognitive biases and the need to involve social scientists in the development of public health policies.*

Key words: public health, Covid-19, management, decision making process, cognitive biases.

Introduzione

Il virus diffusosi nel 2019 ha creato non solo una pandemia biologica ma anche una pandemia psico-socio-culturale.

Elementi legati alla psicologia, alla sociologia e all'antropologia hanno giocato un ruolo significativo nella diffusione della malattia.

Lo scoppio della nuova patologia da coronavirus (Sars-Cov-2), ampiamente noto come Covid-19, è stato inizialmente segnalato a Wuhan, in Cina (Li et al., 2020). Al 29 settembre 2020 aveva già infettato 33.384.000 persone in tutto il mondo, uccidendone più di un milione (fonte: database online Johns Hopkins). Il virus, essendo altamente contagioso (Paules, Marston e Fauci, 2020), ha costretto le nazioni a adottare misure straordinarie, per cui un terzo della popolazione mondiale è stato costretto a rispettare l'isolamento in casa, uno strumento di sanità pubblica senza precedenti messo in atto per ridurre la diffusione dell'epidemia e consentire al sistema medico e sociale di adattarsi per affrontare questa nuova sfida.

Per la prima volta nella storia una parte così grande dell'umanità è stata costretta a ridurre la propria mobilità, senza che questo fosse correlato a uno stato di guerra o a disordini civili.

¹Nell'ambito della psicologia cognitiva il termine *bias* indica un errore sistematico di giudizio dovuto all'azione di un'euristica, cioè di una "scorciatoia" mentale di ragionamento che soddisfa l'esigenza di risparmiare tempo e risorse cognitive nella formulazione di un giudizio (ndr).

Diverse nazioni hanno adottato differenti strategie di confinamento, ma tutte hanno dovuto imporre il blocco attraverso qualche forma di repressione pubblica (applicazione di sanzioni in caso di violazione delle norme o interventi di controllo della polizia) perché dappertutto era poca la volontà di rispettare queste misure di sanità pubblica (benché sia provato che queste decisioni governative abbiano contribuito a rallentare la diffusione del virus; Bonardi et al., 2020).

È stato osservato che “Il peso psicologico che grava sulla popolazione potrebbe essere enorme, per non parlare delle complicazioni economiche dirette che ne derivano, che denotano anche stress psicologico, come la paura delle persone di ritrovarsi disoccupate” (Kim e Zhao, 2020).

In effetti, le Nazioni Unite richiamano l'attenzione sull'imminente crisi di salute mentale che potrebbe originarsi dalla pandemia di Covid-19 (Nazioni Unite, 2020).

Queste osservazioni portano ad analizzare la crisi sanitaria da un punto di vista psicologico sotto due diverse angolature:

1. come gli elementi psicologici (oltre che sociali e culturali) hanno contribuito alla diffusione del virus;
2. quali saranno le conseguenze psicologiche del post-crisi e quali azioni dovrebbero essere messe in atto per prevenire questi effetti.

Alla prima questione possiamo rispondere innanzitutto considerando i bias cognitivi che hanno influenzato i leader nella gestione della pandemia. Questi bias hanno portato i *decision-maker* a compiere gli stessi errori che sono stati fatti durante la gestione della crisi di Ebola o di altre pandemie.

Il bias cognitivo influisce sul processo decisionale – introducendo errori nell'elaborazione delle informazioni – e sulle reazioni emotive, condizionando il nostro comportamento (Haselton, Nettle e Andrews, 2015).

Questi fattori inconsci hanno influenzato e stanno influenzando il processo decisionale dei governi; sono pregiudizi che influiscono sui leader e sui responsabili della salute pubblica nelle loro scelte durante le emergenze.

Il nostro cervello deve elaborare i dati esterni alla massima velocità per reagire prontamente ai pericoli esterni. Considerando l'enorme quantità di stimoli che raggiungono i nostri sensi ogni secondo, la nostra mente deve semplificare il flusso costante di dati; vengono quindi automaticamente messi in atto dal nostro cervello una serie di filtri, iper-semplificazioni e generalizzazioni per consentire una rapida interpretazione del mondo (Wilke e Mata, 2012). Tuttavia, il fatto di aumentare la velocità di elaborazione delle informazioni porta a commettere degli errori, innescando stereotipi, pregiudizi cognitivi, illusioni della memoria; gli errori sono il prezzo da pagare per elaborare i segnali in modo rapido (Pronin, 2007). Soprattutto durante una crisi, il sistema cognitivo preferisce la velocità all'accuratezza, e normalmente l'imprecisione nell'interpretazione della realtà ha un effetto limitato sulle nostre possibilità di sopravvivenza.

Purtroppo, in caso di crisi nazionali, questi bias cognitivi possono influenzare il processo decisionale e condurre la popolazione e i governanti a adottare comportamenti inappropriati. L'epidemia di Covid-19 in corso è un esempio di come decisioni sbagliate basate su errori cognitivi possano facilitare la diffusione di una pandemia. Tra i molti bias cognitivi che hanno contribuito alla diffusione del virus possiamo ricordare i seguenti:

- *confirmation bias*
- *normalcy bias*
- *agent detection*
- *anchoring*
- *plan continuation bias*
- *reactance*
- *Peltzman effect*
- *curse of knowledge*
- *Dunning-Kruger effect*
- *neglect of probability*
- *optimistic bias*
- *system justification theory*
- *naïve realism*

Per un'analisi dettagliata di come questi bias cognitivi abbiano contribuito alla diffusione del Covid-19 si rimanda al libro da cui questo articolo è tratto (Luzzo, 2021).

Un secondo strumento che avrebbe potuto ridurre la diffusione del virus, ma che non è stato utilizzato, è lo studio del *crowd behaviour* (comportamento della folla). Lo studio del *crowd behavior* nelle emergenze di massa ha migliorato la comprensione della reazione delle persone di fronte alle crisi (Drury, 2020). L'approccio dell'identità sociale offre la possibilità di prevedere i comportamenti e le reazioni individuali. Inoltre, la psicologia sociale avrebbe potuto essere utilizzata come strumento per spostare l'identità condivisa da un punto di vista antagonista verso un approccio più collaborativo attraverso misure di salute pubblica (Drury e Reicher, 2018).

L'Italia ci offre un esempio pratico di come la psicologia sociale e la conoscenza del *crowd behavior* avrebbero potuto rallentare la diffusione del virus: quando il governo italiano annunciò il blocco dei trasporti, si verificò una migrazione di massa dalle regioni settentrionali (dove il virus era altamente presente) verso le regioni meridionali (quasi prive di Covid). Questo comportamento aumentò notevolmente la diffusione del virus in Italia, creando tensioni sociali tra gli italiani del sud e gli italiani del nord. L'utilizzo di conoscenze afferenti alla scienza sociale, alla psicologia sociale e alla sociologia avrebbe potuto suggerire un modo migliore per gestire la salute pubblica nazionale. Sarebbe stato possibile adottare misure preventive se i direttori della sanità pubblica italiana avessero considerato un

approccio più sociopsicologico. Sarebbe stato possibile adottare misure di prevenzione come il blocco dei trasporti nel Sud Italia o una lunga campagna mediatica preventiva per sensibilizzare la popolazione italiana. Infine, anche se le misure preventive non avessero avuto successo, a causa di fattori imprevedibili, gli esperti di scienze sociali avrebbero potuto programmare una serie di azioni per ridurre la tensione tra la popolazione del nord e del sud del Paese.

Per quanto riguarda la seconda questione, vi sono ampie ricerche sulle conseguenze psicologiche degli eventi traumatici (McFarlane, 2010). La pandemia del 2020 rappresenta un grande evento stressogeno per gran parte della popolazione mondiale, imponendo uno stress prolungato su ogni aspetto della vita. Simboleggia una grande sfida non solo psicologica, ma anche fisica. McFarlane (2010) evidenzia un'alterazione dell'eccitazione corticale e alcune anomalie neuro-ormonali come conseguenze di uno stress traumatico prolungato. Il disturbo post-traumatico da stress (PTSD) è associato a "dolore muscoloscheletrico cronico, ipertensione, iperlipidemia, obesità e malattie cardiovascolari". Inoltre, il disturbo post-traumatico da stress a insorgenza posticipata porta a uno sviluppo ritardato dei sintomi fisici e psicologici. Perciò, la malattia Covid-19 avrà conseguenze di lunga durata sul servizio sanitario pubblico e importanti ricadute sulla salute mentale, che avranno un impatto sul bilancio nazionale. Esistono già prove di traumatizzazione nella popolazione generale dovuta all'epidemia e i governi dovrebbero preparare risorse adeguate a fronteggiare un futuro aumento della domanda di servizi di salute mentale, nonché alle malattie fisiche legate a un cattivo stato di igiene mentale.

La razza umana non è solo un organismo fisiologico ma anche psicosociale. Durante la pandemia di Covid-19, così come durante l'epidemia di Ebola, i provvedimenti nazionali sono stati presi sulla base di un modello biologico con un occhio attento alle conseguenze politiche ed economiche. Quel tipo di decisioni è stato solo parzialmente efficace perché non si è basato su un approccio olistico. Vorremmo affermare chiaramente che è necessario ripensare la risposta al Covid-19 e organizzare una serie di politiche capaci di offrire una risposta sanitaria completa. Gli esperti di scienze sociali, come gli psicologi, i sociologi e gli antropologi, dovrebbero svolgere un ruolo essenziale nella creazione e direzione di nuovi programmi di salute pubblica. Le loro azioni dovrebbero rappresentare un insieme integrato e coordinato di operazioni per prevedere il comportamento delle popolazioni e degli individui, organizzando il migliore processo decisionale. Parallelamente, il governo dovrebbe stimolare gli esperti in campo sociale a partecipare attivamente alle discussioni pubbliche sui media, fornendo contesto e conoscenza alla popolazione generale.

La pandemia è determinata dall'economia, dalla politica, dalla salute pubblica e dal comportamento sociale, e tutte queste aree dovrebbero essere ugualmente coinvolte attraverso esperti nella preparazione e nello sviluppo di un piano d'azione efficiente.

Conclusioni

Abbiamo analizzato tre elementi legati al campo psicologico che potrebbero portare a una migliore gestione della crisi sanitaria: bias cognitivi, comportamento della folla e conseguenze psicologiche degli eventi traumatici. Tuttavia, altri elementi basati sulla conoscenza delle scienze sociali potrebbero fornire una visione più ampia ai leader. La cultura crea la normativa sociale a cui ogni membro deve aderire per essere integrato e plasma la reazione degli individui in risposta alle decisioni politiche e governative.

Il leader deve tenere conto dei principi di salute mentale nella creazione di politiche di salute pubblica, con un duplice punto di vista:

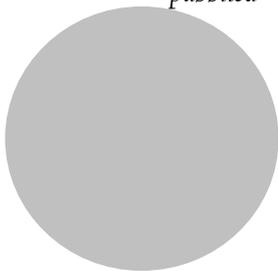
- come il processo psicologico ha un impatto sugli stakeholder e sulla popolazione;
- quali misure preventive dovrebbero essere applicate per affrontare il disagio psicologico nella popolazione nel presente e nel futuro.

Il primo punto potrebbe essere affrontato creando due sottogruppi consultivi nel processo decisionale: uno con l'obiettivo specifico di valutare se qualche aspetto psicologico stia influenzando il processo decisionale e un altro con l'obiettivo di valutare le conseguenze psicosociali della decisione finale, prevedendo il comportamento futuro della popolazione. Questi sottogruppi dovrebbero essere composti da esperti riconosciuti nel campo delle scienze sociali.

Il secondo punto dovrebbe considerare le conseguenze sulla salute mentale e sul benessere dei cittadini e preparare il sistema medico a fare fronte a una domanda crescente. Pertanto, le risorse appropriate, sia finanziarie che logistiche, dovrebbero essere pianificate in anticipo. Il sotto-investimento nella salute mentale dovrebbe essere prontamente corretto. Il personale adeguato dovrebbe essere già identificato e se l'attuale capacità delle risorse umane risultasse inadeguata a fare fronte a una futura crescita della domanda di sostegno psicologico e psichiatrico, una formazione adeguata dovrebbe essere creata per preparare le risorse tecniche necessarie in caso di un deterioramento della salute mentale a lungo termine. (Il presente articolo è un estratto del libro di D. Luzzo, *The outbreak of coronavirus disease 2019. A psychological perspective*, 2021, in corso di pubblicazione.)

Nota: *The views expressed herein are those of the author and do not necessarily reflect the views of the United Nations.*

Daniele Luzzo, UNHCR senior staff counsellor, psicologo clinico e manager per la sanità pubblica



Bibliografia

- Bonardi, J.P., Galleal Q., Kalanoskil D. e Salive R. (2020), *Fast And Local: How Did Lockdown Policies Affect The Spread And Severity Of Covid-19?*, “CEPR COVID ECONOMICS”, 23, <https://cepr.org/sites/default/files/news/CovidEconomics23.pdf>
- Drury J. (2020), *Recent developments in the psychology of crowds and collective behaviour*, “Current Opinion in Psychology”, 35, 12-16, doi: 10.1016/j.copsyc.2020.02.005
- Drury J. e Reicher S.D. (2018), *The conservative crowd? How participation in collective events transforms participants’ understandings of collective action*. In B. Wagoner, F.M. Moghaddam e J. Valsiner (a cura di), *The Psychology of Radical Social Change: From Rage to Revolution*, Cambridge University Press, pp. 11–28, doi: 10.1017/9781108377461.003
- Haselton M.G., Nettle D. e Andrews P.W. (2015), *The Evolution of Cognitive Bias*. In D.M. Buss (a cura di), *The Handbook of Evolutionary Psychology*, Wiley, doi: 10.1002/9780470939376.ch25
- Kim B. e Zhao Y. (2020), *Psychological Suffering Owing to Lockdown or Fear of Infection? Evidence from the COVID-19 Outbreak in China*, “Discussion Paper Series 2008”, <https://ideas.repec.org/p/iek/wpaper/2008.html>
- Li Q., Guan X., Wu P. et al. (2020), *Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia*, “New England Journal of Medicine”, 382 (13), pp. 1199–1207, doi: 10.1056/NEJMoa2001316
- Luzzo D. (2021), in corso di pubblicazione.
- McFarlane A.C. (1992), *Avoidance and intrusion in posttraumatic stress disorder*, “Journal of Nervous and Mental Disease”, 180(7), 439–445, doi: 10.1097/00005053-199207000-00006
- McFarlane A.C. (2007), *Stress-related musculoskeletal pain*, *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology* “Best Pract Res Clin Rheumatol”, 21, 549–565, doi: 10.1016/j.berh.2007.03.008
- McFarlane A.C. (2010), *The long-term costs of traumatic stress: Intertwined physical and psychological consequences*, “World Psychiatry”, 9(1), 3–10, doi: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00254.x
- Paules C.L., Marston H.D. e Fauci A.S. (2020), *Coronavirus Infections-More Than Just the Common Cold*, “Journal of the American Medical Association” 323(8), 707–708, doi: 10.1001/jama.2020.0757
- Pennycook G., Ross, R.M., Koehler, D.J. et al. (2017), *Dunning-Kruger effects in reasoning: Theoretical implications of the failure to recognize incompetence*, “Psychonomic Bulletin and Review”, 24, 1774–1784, doi: 10.3758/s13423-017-1242-7
- Prasad V. e Jena A.B. (2014), *The Peltzman effect and compensatory markers in medicine*, “Healthcare”, 2(3), 170-172, doi: 10.1016/j.hjdsi.2014.05.002
- Pronin E. (2007), *Perception and misperception of bias in human judgment*, “Trends in Cognitive Sciences”, 11(1), 37–43, doi: 10.1016/j.tics.2006.11.001
- Wilke A. e Mata R. (2012), *Cognitive Bias*. In V.S. Ramachandran (a cura di), *Encyclopedia of Human Behavior (2nd edition)*, Academic Press, doi: 10.1016/B978-0-12-375000-6.00094-X

Lo psicodramma junghiano durante la pandemia di Covid-19: una review in tempi di crisi

Riassunto

Molti studi hanno dato l'allarme sui postumi del coronavirus in chi ha contratto l'infezione polmonare ma, in realtà, la Pandemia colpisce anche le persone non contagiate. I bambini, gli anziani e molti fra soggetti psichiatrici e minorenni con disabilità, soggetti inermi e a rischio marginalizzazione, pur senza altre problematiche mediche, hanno spesso sofferto di sintomi di ansia e depressione durante l'epidemia, provocati oltre che dallo stato di paura e dalla difficoltà di dare un senso all'evento, dall'isolamento sociale, dal lockdown e dalle norme per il distanziamento sociale. Gli psicologi dell'emergenza, per la prima volta nella storia, hanno attuato delle strategie di supporto completamente a distanza a causa del problema della contagiosità del Sars-CoV-2: counselling tramite social e vari servizi di help-chat. Confrontandoci con l'esperienza cinese fatta a Wuhan si passerà alla proposta di un progetto terapeutico nel contesto italiano, ancora martoriato dalla pandemia, attraverso l'approccio junghiano, per tentare di curare il "sintomo" partendo dall'esplorazione di miti, archetipi e simboli della morte e della vita; infatti, dopo il trauma del ricovero o, come si sente più spesso dire, dopo un trauma pandemico, il paziente può tornare in salute ritrovando una buona condizione psicofisica all'interno del gruppo analitico.

Parole chiave: Covid-19, psicologia dell'emergenza, psicodramma analitico junghiano, epidemia globale, trauma.

Abstract

Many studies have alerted to the after-effects of the coronavirus in lung infected people but, in reality, the pandemic also affects uninfected people. Children, the elderly and many people among psychiatric patients and minors with disabilities, individuals who are helpless and at risk of marginalisation, although without other medical problems, often suffered from symptoms of anxiety and depression during the epidemic, caused not only by the state of fear and the difficulty of making sense of the event, but also by social isolation, lockdown and norms of social distancing. For the first time in history, emergency psychologists implemented support strategies that were entirely at a distance due to the problem of Sars-CoV-2 infectiousness: counselling via social networks and various help-chat services. A comparison with the Chinese experience in Wuhan will lead to the proposal of a therapeutic project in the Italian context, still ravaged by the pandemic, using the Jungian approach to attempt to cure the "symptom" by exploring the myths, archetypes, and symbols of death and life. In fact, after the trauma of hospitalisation or, as it is more often said, after a pandemic trauma, the patient can return to health by finding a good psychophysical condition within the analytical group.

Key words: Covid-19, emergency psychology, Jungian analytic psychodrama, global epidemic, trauma.

Lo scoppio della pandemia di Covid-19 nel 2020 e la sua diffusione nel resto del globo è coincisa con l'emanazione di norme per la limitazione della libertà negli spostamenti e la chiusura alternata di varie attività e di tutti gli edifici pubblici, compresi fino a poco tempo fa gli istituti scolastici. Tutto ciò

ha avuto degli effetti importanti sul benessere mentale dei cittadini e ha prodotto un cambiamento improvviso e sconvolgente nel loro consuetudinario stile di vita pre-pandemico.

L'Italia, come altri paesi europei, ha conosciuto diversi picchi di contagio ma, fortunatamente, un solo vero lockdown, nella scorsa primavera 2020, finalizzato ad alleggerire il peso sostenuto dalle terapie intensive, in costante affanno a causa della carenza di posti di degenza negli ospedali, finiti spesso a dover essere riconvertiti con reparti adibiti a sale di rianimazione.

L'epicentro della crisi del Covid-19 è stato Wuhan, popolosa città cinese, che ha saputo sconfiggere la diffusione del virus adottando delle politiche molto contenitive – per non dire repressive – e sfruttando la rinomata capacità di resistenza di una delle culture più tecnologizzate del mondo. In Italia invece, dopo l'arrivo dei primi ceppi di contagio, l'epicentro ha riguardato alcune zone rosse della Bergamasca dove si è registrato un tasso di contagi più alto. Successivamente, il virus si è ampiamente diffuso in tutto lo Stivale in tempi molto brevi, anche per una mancanza di piani di prevenzione attuabili in un simile caso, per quanto estrema e imprevedibile possa essere un'epidemia globale di queste proporzioni, che nessuno prima poteva neanche lontanamente immaginare.

A oggi, il grande problema che tocca l'Italia e l'Europa è l'avanzamento dei piani vaccinali – industrie farmaceutiche permettendo – mentre non sempre è sembrato risolto o almeno chiaro a tutti il nodo spinoso che riguarda le “logiche” del distanziamento e della coscienza dei singoli, tutti buoni comportamenti che permetterebbero da soli un sconfitta perentoria del virus.

Il presente studio mira a individuare una chiave di lettura dell'attuale situazione sanitaria generale, e in particolare dello scenario italiano, ponendo l'accento sui possibili effetti a lungo termine del contagio, soprattutto per alcune categorie a rischio o per chi, avendo contratto il virus in prima persona, è stato dimesso dalle unità intensive e sub-intensive ancora psicologicamente provato a causa del periodo di degenza, senza possibilità di contenimento della propria sofferenza emotiva e, in alcuni casi, nell'impossibilità di sostenere ed elaborare la difficile esperienza vissuta.

Le reazioni traumatiche durante un'emergenza

La clinica del trauma ha assunto un posto sempre più importante nella psicologia, con concezioni che vanno dalla reazione di lotta o fuga (Cannon, 1935) ad approcci più elaborati, come la concezione della resilienza (Rozenfeld, 2014).

Anche grazie alle prove d'efficacia dell'EMDR, la psicologia delle emergenze ha attuato in alcuni recenti disastri degli interventi di vero e proprio pronto soccorso della psiche, finalizzati a combattere le prime reazioni di shock; anche in campo psicoterapeutico è ormai ampiamente riconosciuta l'efficacia dell'intervento di terapia cognitivo-comportamentale nel trattamento del PTSD (Forman-Hoffman et al, 2018).

Solitamente, nei primi giorni dopo l'evento il cervello attiva alcune strategie di negazione che servono per dissimulare l'accaduto a livello cosciente e allontanarsi emotivamente dello stesso, anche al fine di obliare le scene di violenza e distruzione che, quando presenti, destabilizzano l'intero sistema nel suo complesso, dopo una fase iniziale di incredulità che è caratteristica anche delle reazioni considerate normali. In questi casi, soprattutto se l'evento è caratterizzato da estrema crudità o crudeltà, le capacità naturali di ripristino del sistema potrebbero non consentire quella normale capacità di *reset* del sistema e associarsi alla riproposizione di alcuni vissuti di paura e ansia intensa, gli stessi stati emotivi provati durante l'evento. Il quadro internalizzante che ne deriva si configura con una serie di sintomi specifici che possono anche trasformarsi in un disturbo serio.

L'ultima versione del modello ICD-11 propone una nuova nomenclatura per le reazioni a eventi tragici, introducendo il capitolo dei Disturbi specificamente associati allo stress (WHO, 2021).

L'emergenza coronavirus nel mondo globalizzato ha portato con sé oltre alla sciagurata scia di morte e distruzione anche uno tsunami psichico che ha prodotto riflessi indelebili sugli scampati all'infezione; ma a differenza delle precedenti epidemie, che, con la Sars e l'A N1H1, rispettivamente nel 2003 e nel 2009, colpirono il mondo occidentale da un primo epicentro in Cina, la dimensione dell'attuale contesto epidemico, dichiarato in seguito pandemico, ha portato alla luce alcune caratteristiche non lineari e una situazione emergenziale ancora in divenire e soprattutto non ancora conclusa.

Il ricordo – falso – che si è prodotto in molte persone, per quanto potrebbe sembrare fuorviante la connessione, è un rimando per associazione alle due Guerre Mondiali, forse anche per la riproposizione di alcuni termini come “coprifuoco”. In quegli stessi anni venivano anche coniate ufficialmente le espressioni “nevrosi di guerra” o “nevrosi traumatica” per spiegare le reazioni riportate dai reduci dei campi di battaglia. Oggigiorno, per fortuna, non è più così semplice essere spettatori degli orrori bellici – almeno per noi occidentali – ma il paragone resta pregnante, anche se un po' riduttivo; sicuramente non si tratta più dello scoppio di granate (*shell shock*) e della vista dei corpi dilaniati dei propri compagni di fanteria caduti in battaglia, rivissuti nei flashback e negli incubi notturni, ma di altri eventi che, anche se non ugualmente terrificanti, potrebbero sembrare allo stesso modo al di fuori della portata e del controllo della mente umana.

Fino all'attuale emergenza, il setting dell'intervento in contesti di questo tipo ha solitamente riguardato un campo-base, come per gli sfollati sopravvissuti a un terremoto, per assistere le persone fortunate che non erano finite sotto le macerie. Secondo la moderna traumatologia, all'interno della gestione di una crisi da parte della Protezione Civile, come durante il terremoto del 2009 in Abruzzo, la buona prassi non può prescindere da un apparato di coordinamento degli aiuti e, a livello terapeutico, dalla messa in pratica di tecniche di debriefing e defusing che possono risultare utili per curare i primi sintomi di malessere psicofisico scaturito dopo la sciagura. L'impatto del trauma sugli scampati al terremoto, ma senza più una dimora, è poderoso. Infatti anche a

distanza di mesi possono insorgere sintomi caratteristici, come il tentativo di evitare ogni oggetto o evento associati al trauma originario, che ne provocherebbero il richiamo in memoria; l'istaurarsi della situazione morbosa comprende anche la comparsa di numerosi segni di tipo somatico e cognitivo, come torpore, sensazione di vuoto e irritabilità, incapacità di concentrazione e scissione del pensiero, oltre a incubi e disturbi del sonno e la sensazione generale di sentirsi in tilt o nell'incapacità di ricomporre l'unità mente-corpo.

Dopo la Grande Guerra, invece, i medici militari tentarono di curare i veterani che avevano vissuto le umilianti esperienze belliche nelle trincee e nelle lunghe battaglie di posizione (i più sfortunati potevano in realtà anche ricevere trattamenti oltremodo disumani) quando riportavano evidenti stati di obnubilamento come conseguenza diretta degli orrori che avevano commesso oppure di cui erano stati testimoni.

D'altronde il secolo scorso si è anche caratterizzato per altri eventi disumanizzanti, come l'avvento del napalm, della bomba a idrogeno, dei campi di sterminio nazisti e di molte altre brutalità conseguenti all'avanzamento del lato oscuro della scienza.

Per esempio, per quanto riguarda l'orrore dei lager nazisti, è stato dimostrato in diversi studi genetici che le seconde generazioni delle vittime della Shoah riportano un'incidenza maggiore di PTSD, anche quando i loro genitori che erano stati vittime dirette dei campi di sterminio non riportavano le stesse problematiche (Yehuda et al., 2015).

I Disturbi specificatamente associati con lo stress sono un'entità psicopatologica comprendente vari classi di disturbi che possono anche compromettere altre funzioni cognitive: attenzione, auto-valutazione del Sé e regolazione/espressione delle emozioni (WHO, 2018). I numerosi cluster presenti nella classificazione APA per il PTSD sono stati risistemati nell'ultima versione dell'ICD in tre grandi gruppi di sintomi, comprendenti sia segni di natura affettiva sia segni più propriamente comportamentali. L'evento calamitoso o catastrofico non è più considerato una caratteristica sufficiente perché compaia il disturbo in questione, benché esso venga reputato necessario nell'eziologia (WHO, 2018).

I dati del National Institute of Mental Health (NIMH) hanno dimostrato infatti che alcuni eventi, come un attacco terroristico o un disastro aereo, hanno più probabilità di scatenare un trauma. È emerso, inoltre, che non sono colpiti solo i soggetti traumatizzati, ma anche i loro familiari, che non hanno vissuto in prima persona l'evento; è sorprendente il fatto che madri di bambini molto piccoli che avevano rischiato di morire mostrassero un malessere riconducibile a un PTSD pur non essendo vittime primarie del trauma.

La ricerca in campo psicodinamico ha invece spostato l'attenzione su alcuni aspetti associati agli attaccamenti insicuri/disorganizzati e ai loro sviluppi in età adulta. Alcuni approcci psicoterapeutici hanno analizzato nello specifico il ruolo della scissione e della compartimentazione provocate da invalidazioni precoci dei propri caregiver (Fonagy e Target, 2001; Liotti, 2001; Liotti e Farina, 2011; Albasi, 2006), per effetto delle quali interi distretti della mente vengono disattivati in maniera più o meno definitiva. Gli sviluppi di esperienze di lutto e di abbandono precoce possono configurarsi in strutture patologiche nella vita adulta (ritraumatizzazione).

Alcune ricerche hanno anche evidenziato una certa predisposizione innata a sviluppare un disturbo post-traumatico. Per esempio, uno studio sui veterani del Vietnam – condotto da True, Rice, Eisen et al. (citato in Plomin et al., 2013) confrontando 4.000 coppie di gemelli che avevano preso parte alla guerra con un gruppo di gemelli che non avevano combattuto in guerra – ha stimato un'ereditarietà del 40% nei soggetti che mostravano un quadro grave, con la piena soddisfazione di tutti e quindici i cluster di sintomi del PTSD (classificazione DSM-IV-TR), mentre le influenze ambientali erano minime. Ciò sarebbe una prova dell'alto grado di familiarità del disturbo.

Quanto al trauma pandemico, esso ha toccato un po' tutti e resterà impresso per sempre nella nostra memoria, tanto da instaurarsi nel nostro inconscio come una cicatrice indelebile.

L'emergenza sanitaria provocata dal virus Covid-19 in Occidente

I pazienti che durante la malattia hanno dovuto ricevere le cure in ospedale, specialmente se in un reparto di terapia intensiva, potrebbero arrivare a soffrire successivamente di disturbi mentali, oltre che di altri eventi morbosi a livello fisico, in ciò che è stato ribattezzato *long Covid*.

L'esperienza vissuta, inoltre, ha tutte le fattezze di un ricordo di tipo traumatizzante: i vestiti mimetici di infermieri senza un volto o un nome, gli ambienti poco confortanti e isolanti rispetto al resto dei reparti, le cure invasive o alienanti, l'essere stati spettatori della prassi infermieristica con cui si decide sulla scelta del paziente con maggior probabilità di riuscire a sopravvivere alla polmonite, e a cui dover assegnare di conseguenza il casco respiratore (con la fine delle speranze per gli altri), pazienti che muoiono vicino agli altri ricoverati, lontani da casa, dai parenti e dai propri affetti più cari, e che nella migliore delle ipotesi non hanno comunque modo di ricevere il supporto della propria famiglia. In un certo senso, il Sars-Cov-2 può renderci tutti schiavi di macchinari e dispositivi medici salva-vita che ci fanno sembrare *cervelli in una vasca* (Putnam, 1981)!

Nel caso di pazienti precedentemente intubati e guariti dal Covid, la malattia potrebbe comportare conseguenze a medio-lungo termine, come i quadri morbosi di una concomitante sequela neurologica secondaria all'infezione virale, con carattere di intenso distress neurologico, già ribattezzati "neurocovid"; secondo alcuni autori, durante l'assessment neuropsicologico si dovrà ugualmente tenere conto del danno cerebrale provocato dall'infezione virale e del PTSD (Kaseda e Levine, 2020).

Uno studio condotto dall'Università di Torino (Castelli et al., 2020) su un campione di 1.231 persone sottoposte a una serie di self-report per via telematica ha evidenziato, dopo il primo lockdown, che almeno una persona su cinque presentava sintomi riconducibili a un disturbo post-traumatico da stress, assieme ad altri quadri di ansia e depressione; la ricerca ha rilevato che sono le donne, e quelle con un tasso di scolarizzazione più basso, i soggetti maggiormente predisposti a soffrire di un problema stress-correlato, anche se non era

no state contagiate dal virus. Sembra che i soggetti non infettati dal Covid-19 siano le vittime cosiddette “terziarie” del virus (Castelli et al., 2020). In altri studi (Gosselin et al., 2018; Kandel, 2018) è stato riscontrata un’incidenza di PTSD compresa tra il 14% e il 51% nei gruppi di sopravvissuti al coronavirus, benché sia stata trovata spesso una percentuale anche maggiore (per es., Xiang et al., 2020).

Ma c’è una popolazione intera che è stata colpita per essersi trovata a vivere come spettatore inerme di quanto stava accadendo; il fatto di essere testimoni indiretti dell’accaduto potrebbe essere collegato anche alla facilità con cui oggi vengono fornite e distorte le notizie; infatti, l’amplificazione data dai media all’argomento pandemia rende tutti più esposti rispetto al passato alla drammaticità degli eventi e alla risonanza emotiva di alcuni accadimenti, in un fenomeno di amplificazione mondiale senza precedenti; senza considerare il fatto che tutti siamo già bombardati quotidianamente da *fake news* su tv, giornali e social media. Tutto ciò, associato a provvedimenti che hanno limitato la libertà personale e lo scambio interpersonale, finisce per aumentare la personale percezione di insicurezza e inefficacia. Soprattutto fra i soggetti più vulnerabili, che possono vivere momenti di maggiore solitudine già in periodi normali, potrebbe diventare una variante del trauma pandemico. Anche perché non tutti hanno le stesse capacità di coping.

Un altro studio recente valuta come soggetti a rischio anche le persone sofferenti di problematiche mentali, i bambini e gli adolescenti (Ben, 2003). Oltre al fattore di rischio per tali gruppi, è noto il motivo della sensibilità dei più giovani, associata all’esposizione diretta a certe immagini di violenza; appare quindi ovvio come ciò possa renderli più impressionabili, soprattutto quando, come accade sovente, assistono a molti video cruenti, soli davanti alla tv.

Vale lo stesso discorso per i “soccorritori” che si sono sentiti più afflitti dopo la pandemia: secondo uno studio norvegese svolto a ottobre dell’anno scorso, un medico su due riferisce sintomi di PTSD, ansia e depressione (Johnson, Ebrahimi e Hoffart, 2020), e non solo perché i medici sono esposti primariamente al trauma, ma anche perché spesso lavorano in prima linea. Senza considerare l’alto grado di rischio di quanti, lavorando a stretto contatto con pazienti Covid, mettono a rischio la propria vita per gli altri, compresi i medici di medicina generale, che pagano come tutti il prezzo della loro professionalità.

In un contesto simile, influisce anche la sensazione di inefficacia delle cure al momento disponibili o la personale credenza di non aver fatto tutto il possibile per salvare la vita dei pazienti più sfortunati, passati a miglior vita. “Nell’ottica di un’assistenza sanitaria che si rivolga al benessere della persona nella sua globalità, è di grande importanza considerare l’impatto dei vissuti emozionali degli operatori nella relazione con il paziente e i suoi familiari, elemento che si rivela sempre più correlato alla qualità della vita dell’operatore e di chi assiste” (Zucconi e Howell, 2003).

Nel tentativo di superare il confinamento riservato ai pazienti con Covid, si è pensato di intervenire a distanza, lontani dalla “zona rossa”, come quando le circostanze non rendevano possibile la presenza della figura dello psicologo

in prima linea: sono stati proposti diversi interventi di supporto psicologico erogato tramite piattaforme di chat online o per via telefonica (per esempio, Zhang et al., 2020). Seppur da remoto, il *social care* cinese ha sfruttato la tecnologia e il *tracing*, che si è reso utile per identificare i contatti di persone che non sapevano di incubare il coronavirus; inoltre, il trauma è stato massivo e ha coinvolto un gruppo di persone numeroso come nessun altro evento di questo genere nella storia dell'umanità, cosa che non ha reso certo semplice il lavoro degli psicologi dell'emergenza.

Il Covid-19 e gli effetti sulla psiche

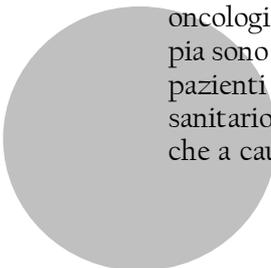
Parlare di trauma oggi può risultare fuorviante a causa dei rischi di una frettolosa cancellazione di tale termine e del suo profilo speculare (quello della sua fabbricazione; Benduce, 2010). In realtà per Sirigatti non sono state ancora svelate tutte le caratteristiche di questo disturbo e il costo pagato per mantenere l'oggettività del quadro post-traumatico è troppo alto (Bonomi e Borgogno, 2001).

In un recente studio è stato dimostrato abbastanza controintuitivamente che nei pazienti Covid più era stata grave la forma di infezione contratta, minore sarebbe stata la sintomatologia di PTSD riferita.

A parte il Disturbo specificatamente associato allo stress, potrebbero essere molti comunque i disturbi provocati dall'impatto del nuovo coronavirus o comunque concomitanti con l'esplosione della pandemia: possiamo immaginare per esempio un Disturbo da Lutto, nei pazienti che hanno dovuto lasciare per sempre un proprio caro, o un Disturbo Depressivo Maggiore, in quei soggetti predisposti a vivere esperienze spiacevoli con minor senso di locus of control.

Inoltre, fattori psicologici interni, che è stato dimostrato influenzano grandemente la risposta alle malattie fisiche e che solitamente migliorano la prognosi del quadro clinico, potrebbero giocare un ruolo decisivo anche in questo caso, determinando un fattore di resilienza sia nella fase acuta sia nella fase di remissione. Quindi, le strategie di coping individuale potrebbero influenzare il decorso della guarigione sia dalla polmonite virale che dai postumi differiti dell'infezione.

Stiamo tutti vivendo un disastro immane e senza precedenti, un terribile déjà vu, un'escalation dell'orrido, dove accanto ai superstiti provenienti dalle sale di terapia intensiva, e ai morti per Covid, trovano – in realtà poco – spazio i tantissimi deceduti a causa dell'inaccessibilità delle cure consuetudinarie svolte presso l'ASL, come è successo per i malati d'ipertensione e di problemi cardiaci o il continuo rinvio delle operazioni già programmate; anche i reparti oncologici hanno funzionato a singhiozzo e molti cicli di chemio- e radioterapia sono dovuti saltare, provocando la diminuzione della speranza di vita per i pazienti con un tumore. A causa dell'inaccessibilità delle cure presso il sistema sanitario si corre il rischio di mettere in pericolo di vita i pazienti cronici, anche a causa dell'alto rischio di mortalità primaria causata dalla concomitanza



di più eventi pregressi. Inoltre molti soggetti che non godevano di buona salute sono costretti anche a una condizione di continua ansia e apprensione per il proprio stato attuale e per il rischio che contrarre il Covid potrebbe comportare per loro.

A questa crisi terapeutica profonda, provocata dalla sostanziale riconversione dei reparti specialistici di medicina ospedaliera e ambulatoriale, s'aggiunge una vera e propria strage che ha coinvolto migliaia e migliaia di anziani ospiti delle case di riposo e strutture di degenza, che, ritenuti forse con poche speranze di sopravvivere alla polmonite, sono praticamente stati lasciati in balia della situazione e si sono spesso, non volutamente, infettati contagiandosi uno con l'altro, senza contare i casi criminali di équipe sanitarie sprovvedute e irrispettose delle vite altrui che si sono del tutto dimenticate, in alcuni casi, delle regole del distanziamento (come nelle feste per l'avvenuta vaccinazione degli ospiti).

Sono anche aumentati, secondo l'ONU, i tassi generali di disabilità: per esempio, i pazienti affetti da turbe psichiche, che, non potendo più vivere in contesti comunitari, sono stati dimessi senza alcun piano terapeutico alternativo e hanno visto aggravarsi la loro precedente situazione mentale, hanno risentito più di altri del clima di angoscia generale.

Il tema della morte è vivido e potrebbe stamparsi nella mente dei soggetti a rischio anche a distanza di tempo. Ma non è la morte il vero problema o almeno non il nostro punto di vista privilegiato; la morte non deve fare paura perché il morire richiama anche un processo di sintesi, ripropone il valore della nascita, del divenire e del farsi ogni giorno un essere umano che si inoltra e si appropria della sua condizione esistenziale (Cristini, 2007).

La gestione della crisi non è stata sicuramente perfetta, con la conseguente apertura di varie inchieste da parte della magistratura, che hanno nuovamente fatto luce sullo stigma dell'abbandono.

La risposta di getto alla situazione emergenziale è piuttosto derivata da individuali opere di carità o volontariato, come nei servizi di supporto sociale e psicologico a domicilio (visite a persone che vivono in solitudine), atti di solidarietà o veri e propri doni di beni materiali da parte delle forze dell'ordine.

Si è spesso insistito sulla capacità dell'Italia di essere "unita in una situazione di crisi", ma questa coesione all'interno di gruppi di persone che si percepiscono come accomunate dallo stesso lutto è tutt'altro che metaforica. Infatti, nell'ormai celeberrimo studio di J. Bowlby (1999), commissionato dal governo britannico dopo la Seconda Guerra Mondiale, e i cui risultati diedero vita alla teoria dell'attaccamento, si rilevò che la tendenza dei membri di una famiglia o di un altro gruppo sociale a restare insieme nel momento culminante di una calamità non solo è forte, ma è anche probabile che persista per giorni o settimane quando l'evento tragico è ormai alle spalle. Inoltre, per Bowlby (1999), la difficoltà di valutare la reale pericolosità di un evento potenzialmente dannoso assieme a peculiari atteggiamenti di ricerca del contatto dei propri simili, e in particolare dei propri cari, sono molto specifici e automatici.

Le conseguenze del distanziamento fisico durante la pandemia.

Per le caratteristiche dell'emergenza e del contesto di base, a differenza delle altre catastrofi, in questa crisi si è assistito a eventi difficilmente interpretabili; per esempio, alcuni infermieri hanno commesso atti autolevisivi dopo aver appreso di essersi infettati durante il lavoro nelle terapie intensive. In realtà il personale medico ha dovuto difendersi anche da "attacchi" a posteriori derivanti dal mancato rispetto delle norme.

Il regime contenitivo che ne è derivato e le politiche in materia di distanziamento fisico potrebbero aver fomentato i movimenti no mask e agitato l'animo degli scettici verso il rischio dell'infezione da Covid.

Nell'ultimo anno si sono anche palesati stati critici di panico o psicosi collettiva, nel quale rientrano anche comportamenti di vandalismo o semplicemente insensati: oltre ad atteggiamenti negazionisti nei confronti della contagio, si sono osservati atti compulsivi di acquisto nei grandi supermercati – per la preoccupazione di carenza di generi alimentari – e operazioni collettive di infrazione delle restrizioni con violazioni delle norme – in manifestazioni contro le restrizioni e caroselli dei tifosi delle squadre di calcio – e comportamenti violenti nei confronti di pari, intimidazioni verso chi viene dichiarato irrispettoso delle norme vigenti per il contrasto alla diffusione del virus eccetera; sembra ancora difficile far accettare l'utilizzo della mascherina, pur essendo l'unica misura in grado di proteggerci dalla diffusione del virus, ed è una missione tuttora impossibile quella di dissuadere chi sovente, nei fine settimana di festività o di bel tempo, si riversa per le strade delle città violando le regole per gli assembramenti. Sono stati molti anche i multati per violazione del lockdown o della quarantena.

Sull'altro lato della medaglia si potrebbero annoverare i comportamenti propositivi e non violenti, come quelli dei movimenti che mettono in scena una storia e in cui assume un certo peso il ruolo della vocazione professionale (Rozenfeld, 2014); anche il recente aumento d'iscrizioni ai corsi di infermieristica potrebbe essere interpretato come un ricorso alla personale capacità di resilienza – dato che comunque non sorprende se pensiamo all'odierna carenza di personale medico, fatto che ha inoltre spinto al richiamo dei medici in pensione per arginare il problema nei reparti.

Per quanto riguarda il benessere psicologico della popolazione mondiale, c'è il forte rischio che nei prossimi anni, a causa della pandemia, possa verificarsi un netto aumento dei tassi di sofferenza emotiva, soprattutto nei gruppi maggiormente a rischio, come il personale sanitario delle terapie intensive, i bambini, gli anziani, i giovani, gli adolescenti e i rifugiati provenienti da contesti di emergenza umanitaria (ONU, 2020).

Secondo l'ONU (2020), oggi sono stati violati alcuni dei fondamentali diritti dell'uomo e sarebbe necessario creare servizi di salute mentale migliori e sostenibili, facendo leva su una simile situazione di crisi.



Lo psicodramma junghiano

Ammalarsi di Covid vuol dire anche venire a contatto con le più terribili paure ancestrali; di sicuro durante la polmonite si riaccendono vecchi lutti e antiche ferite. Il paziente potrebbe vivere la claustrofobica impressione di essere finito in un tunnel buio e senza uscita, in una disperata ricerca di riuscire a tornare a galla. La diagnosi e il ricovero potrebbero essere una rivisitazione dell'esperienza del trauma della nascita e del taglio del cordone ombelicale o anche della paura di rimanere sepolti vivi. La risposta può essere più neutra o più patologica, come l'esplosione di rabbia, fino alle idee di persecuzione (Jung, 1921). Il massimo grado può anche comportare una deflagrazione della psiche in quella che Jung definisce una frammentazione della personalità e fasi di sdoppiamento dell'Io, con vissuti di coscienza esperiti alternativamente secondo diversi monologhi scambievoli. In questo stato l'appagamento e l'apprendimento diventano impossibili, compreso l'apprendimento tramite il corpo, in una fase di sviluppo mimetico che caratterizza sia l'adulto che il bambino in diverse fasi di vita (Farina, 2020). Ma, durante una prolungata inattività creativa e dell'interazione fra coetanei, sono i bambini a soffrire di più, a causa della mancanza del gioco sociale e del suo valore simbolico, in un'attività che di consueto favorisce l'esperienza di sé (Farina, 2020); dalle prime osservazioni dei bambini nel loro ambiente ludico già si sono palesati i primi sintomi provocati dalle conseguenze di un ridotta socializzazione, comprese stereotipie e anomalie tipiche di una fase caratterizzata per scarsità di stimoli ambientali e carenza di relazioni interpersonali, incluso il gioco sociale, il gioco imitativo e il gioco di finzione. Quindi, nella cosiddetta "fase due" dell'epidemia "l'obiettivo della terapia non riguarda il recupero o il ripristino di funzioni in un'ottica di cura, ma un riadattamento tra bisogni evolutivi del soggetto e dell'ambiente" (Lancini, 2014).

Lo psicodramma junghiano potrebbe essere un valido metodo di trattamento dei soggetti che hanno vissuto un'esperienza traumatica ed è finalizzato a esplorare la propria Ombra.

I tipi psicologici

A dire il vero Jung è conosciuto soprattutto per la sua teoria dei tipi psicologici (Jung, 1921). L'idea era già stata sviluppata da Gross, che propose per primo la distinzione fra due tipi di personalità che potevano soffrire di forme di "minorazioni della coscienza", una sul versante appiattito e l'altra su quello ristretto, due stili con differenti intensità nella funzione primaria (le idee) e secondaria (*la restitutio ad integrum* che avviene tramite l'alimentazione). Jung propose l'esistenza di altrettanti tipi psicologici, denominati introverso ed estroverso; l'introverso vive una preminenza del mondo interno mentre, all'opposto, nell'estroverso prevarrebbe la ricerca nella realtà esterna. Per il tipo introverso il vantaggio risiede nella creazione di un pensiero astratto a prescindere dai dati; il pericolo, invece, risiede nel fatto che queste idee non sempre si

traducono in un pensiero concreto. Per il tipo estroverso il vantaggio è la capacità di prescindere dalla realtà, in una sorta di ebbrezza; lo svantaggio, viceversa, è che ciò potrebbe rivelarsi una sorta di catastrofe, un caos che non permette più soluzione. L'atteggiamento teso è caratteristico del primo; l'estroverso, al contrario, è più disteso. Secondo Jung questa polarità non è fissa e immutabile, nel senso che le tipologie psicologiche non sono delle caratteristiche, bensì dei meccanismi che possono in qualche modo essere attivati e inattivati. In definitiva, la differenza fra tipo introverso ed estroverso sta nella "preferenza pratica" (Jung, 1921) e nella difficoltà dell'introverso di collegare i complessi.

Secondo Jung (1921), inoltre, un'altra variabile è rappresentata dallo stato mentale preesistente (stato d'animo, attenzione, situazione affettiva, attesa) che condiziona l'intensità della tensione psichica generale.

Lo psicodramma, gli archetipi e il Covid

Nella clinica junghiana quello che sembra più interessante è l'elemento creativo e immaginativo, perché tali funzioni consentono l'espressione del corpo e della gestualità, costituendosi come due degli elementi distintivi della dramma-terapia e come un tentativo di simbolizzare l'opposizione fra coscienza e inconscio. Il fulcro di questa catarsi consiste nella trascendenza, ovvero nell'apparizione di strade alternative verso l'autoguarigione. Lo scopo dell'analisi è infatti quello di acquisire la capacità di immaginazione attiva.

L'intervento di gruppo è condotto da un facilitatore; la messa in atto del vissuto traumatico, tramite l'acting out, servirà per riportare a coscienza i personali vissuti d'angoscia e le paure represses. Inoltre gli altri elementi fondanti dello psicodramma sono: l'analisi del sogno, che è un rivelatore degli archetipi universali e, in questo senso, non solo un'opera di smascheramento di significati nascosti; il role-playing in cui recitiamo un evento o una parte.

Lo psicodramma e l'arte-terapia sono una fonte di espressività interiore che stimola l'uso di canali differenti, modalità terapeutica utile soprattutto per i pazienti che sono maggiormente portati al conformismo e all'autocontrollo (Alliod, 2006). Il monito è quello di cercare di andare "oltre le maschere", per lasciare spazio all'espressione del proprio dolore personale e per uscire da ruoli rigidi che possono diventare sterili all'interno della scena. Nella sperimentazione di nuove parti di sé la scena virtuale offre la possibilità di visualizzare e sentire cosa potrebbe accadere se si assumessero posizioni differenti dalle solite e potersi vedere da una prospettiva nuova. In tal senso, il ruolo creativo dell'analista è fondamentale perché è lui a dirigere le scene e a proporre ai componenti del gruppo i ruoli e gli atti teatrali veri e propri. In tal modo l'analista interpreta il disturbo non come un elemento fondato su una catena associativa o come la riproposizione di vecchie vicende risalenti a un periodo lontano della propria vita, ma come un simbolo sconosciuto e incompreso per l'individuo, che se smascherato può guarire attraverso il meccanismo con cui si tenta di "mettersi in pace con la società". L'analista dirige la seduta teatrale seguendo la concordanza fra il ruolo del paziente (in questo caso il ruolo di malato) e l'archetipo stesso (l'archetipo di un Dio irato e vendicativo). Dalla libertà di

espressione e di produzione gestuale emerge l'*imago* del soggetto, cioè l'insieme degli elementi derivanti delle figure genitoriali alla base della personalità che sono in stretto contatto con le immagini archetipiche.

Quindi, a differenza di altre correnti psicanalitiche, il processo di individuazione non coincide con la cura della persona, ma è piuttosto un rivelamento del "significato archetipico del disturbo".

Secondo Jung, in terapia avviene ciò che egli chiama una trasformazione della libido, ovvero una regressione verso fasi più antiche, ma senza quel carattere patologico in quanto essa si è configurata come normale nella storia meno recente dell'umanità (Jung, 1952). "La libido costretta a regredire a opera degli ostacoli incontrati si volge alla possibilità esistenti nell'individuo allo stato potenziale" (*ivi*, p. 155).

Durante la sciagura i medici alle prese con i pazienti Covid hanno simbozzato l'archetipo della Madre che fornisce nutrimento, ma il cibo qui non ha che un valore simbolico, quando con esso si vogliono intendere le cure con quei farmaci che hanno mostrato buoni effetti nella fase critica della pandemia, in cui non erano conosciuti altri rimedi efficaci.

Forse è mancato loro anche un supporto morale minimo, in quanto gli operatori sanitari si trovano nella condizione di assorbire inconsapevolmente un alto grado di sofferenza interna e di subire processi di adattamento che ostacolano l'elaborazione del vissuto traumatico (Gasseau e Brinchi, 2014). In situazioni d'emergenza, al limite del carico emotivo sopportabile, la fatica e il dolore provocati dello stress quotidiano potrebbero diventare troppo grandi per poter essere gestiti.

In questa crisi sembrano anche ritornare molti temi legati allo junghismo: la morte e il suo mistero, l'occulto, l'anima, i sogni archetipici rivelatori e la funzione simbolica di alcuni miti, la reincarnazione e il nirvana; il fine di tale ricerca interiore dovrebbe essere quindi l'analisi dei miti familiari che si nascondono nella storia dei nostri genitori.

La stessa decisione di Jung di abbandonare anzitempo la vita in comunità, per trasferirsi nella sua casa a Bollingen, costruita completamente in pietre e autonomamente, al fine di dedicarsi all'autenticità della propria anima e del proprio spirito, lontano da beni terreni, fra cui l'elettricità, sembra dirigersi verso questa scelta, nel senso che è rivolta alla possibilità di scoprire una verità di tipo non immanente. Alla stregua di alcune concezioni filosofiche e religiose, Jung vede la morte come il punto terminale di un lungo percorso finalizzato all'acquisizione di esperienza, saviezza, saggezza e intelligenza, oltre che un monito a una vita più retta, nel rispetto della natura e delle altre persone. Tutte le concezioni religiose orientali sono in realtà accomunate da questa visione naturalistica della vita e della morte, nel senso di restituire dignità al valore di entrambe.

Le categorie della morte e della resurrezione, della fine dei tempi e della reincarnazione cristiana celano un tema poco esplorato per l'uomo moderno, a cui esso non è ancora riuscito a dare delle risposte definitive. Forse è stato il cattolicesimo stesso ad allontanarci da questa ricerca interiore e ad aver prodotto un'aura di mistero sul tema della morte, che la ha anche resa indicibile.

In *Trasformazioni della libido* Jung parla di un Dio “personificato”, perché non conoscibile razionalmente, corrispondente al tentativo di rendere visibile l’invisibile (Jung, 1952); invece il cristianesimo, nella sua visione di Dio, proietta su una figura umana il suo rappresentante sacerdotale. In tale concezione la figura di Mosè è il simbolo del viaggio continuo ed è associata all’immagine del pesce, perso assieme alla vitalità al termine del proprio cammino durato ottant’anni.

La vita e la morte sono associati al mito solare perché rappresentano il duplice, così come l’uomo è sia mortale che immortale. Il Dio sole è a sua volta legato all’archetipo dell’eroe (Edipo, Achille, Buddha, Gilgamesh, i Diòscuri). Invece, il brulichio di persone simboleggia il segreto – lo stesso segreto con il quale la politica si è fatta scudo dell’emergenza sanitaria per tentare di nascondere le proprie colpe e le proprie responsabilità nelle carenze inerenti la gestione dell’emergenza sanitaria – che a sua volta rappresenta l’inconscio; l’archetipo della “città di sogno” invece è il più potente fra le *imago* materne (Egige, Indra) ed è associato al mito di immagine fertile (Babilonia, Gerusalemme) e delle acque. Come per gli altri archetipi (il saggio *Senex* e il *Puer aeternus*, la Persona e il Sé, l’*Anima* e l’*Animus*) quello della Madre può avere sia una valenza negativa che positiva, in quanto può essere una minaccia, una “Madre terrificante”, che non consente il sano sviluppo dei propri figli perché troppo apprensiva e protettiva nei loro confronti, o, al contrario, una madre protetta dalla paura dell’incesto che genera, come un albero che fa crescere buoni frutti; di contro, c’è il simbolo del serpente che avvolge la roccia. Il simbolo della croce ha la funzione di risanare questi opposti e rappresenta la ricongiunzione di Madre di Morte e Madre di Vita.

Da un punto di vista freudiano, invece, vita e morte, in quanto istinti compresenti nel funzionamento energetico, non sono riconciliabili e sono diretti all’unisono all’autodistruzione, anche nella parte meramente cellulare; la pulsione di morte, tende sempre allo zero assoluto, al di là di ogni altra possibile spinta verso l’autogodimento o l’autoappagamento, prevalendo, in generale, sulle possibilità creative del genere umano. In quest’ottica, il virus non sarebbe comparso per effetto della casualità, in un terreno libero da impedimenti di natura profilattica, ma solo come effetto dell’emanazione di tale spinta irrazionale; la natura della persona è quella di rivolgersi contro se stessa e la sua natura (istinto di autoannientamento). In fondo, tutto ciò che ha vita intraprende questo cammino di autodistruzione dal momento stesso in cui diviene materia vivente, in un vortice senza possibilità d’uscita.

Qualunque sia il punto di osservazione, è innegabile che l’attuale emergenza pandemica abbia portato un profondo cambiamento nel nostro stile di vita abituale e un radicale scostamento nella nostra visione del mondo. Ma se non si riuscirà nel nostro intento di cambiamento, rinnovamento e riproposizione dei buoni valori, si tornerà nel baratro, costretti a confrontarci con l’ennesima ondata di contagi, o peggio, con un nuovo virus, che presto si trasformerà in un nuovo terremoto psichico per i soggetti offesi. Le sciagure umane e le catastrofi naturali, che siano diluvi, allagamenti, tsunami o un’epidemia di origine virale, rappresentano secondo la nostra visione la comparsa di Wotan

(Jung, 1985), l'atto selvaggio di un essere terribile e malvagio, emanante forze distruttrici (lo spirito del giovanotto tedesco incarnatosi nella figura del Führer). In questo quadro rientra perfettamente il Covid-19, come una sorta di sciagura dal carattere demoniaco, ma reduce dall'umano istinto al masochismo più selvaggio. Non è un caso se un paese come la Cina ha saputo rialzarsi dall'abisso fondando l'aiuto sulla reciprocità d'intenti; nella lotta all'emergenza, la Cina, da sempre legata all'immagine del drago sputa fuoco, sembra essersi incarnata nella figura del Buddha seduto in fase di meditazione, alla ricerca della verità interiore, cercando di pensare piuttosto che agire, con il rischio di avanzare con tentativi alla cieca. La Cina ha battuto il serpente che divora l'uomo – anche se non bisogna dimenticare che questa nazione non è immune dal decadimento, ma provocato dal quotidiano calpestamento dei fondamentali diritti della persona.

Considerazioni finali

Nella mente di tutti saranno rimaste impresse le immagini trasmesse delle RSSA; per esempio, è indelebile l'istantanea dell'anziano e del figlio che lo abbraccia dopo tanto tempo di separazione forzata, il primo residente nella casa di riposo in cui non era più possibile avere accesso, divisi solo da uno strato di plastica piazzato a ridosso dell'entrata della struttura, ma che permetteva almeno per pochi secondi di stringere fra le braccia il proprio caro, in una dimostrazione d'affetto prima della pandemia del tutto naturale.

Quindi, quella che è una semplice proposta di intervento può e, anzi, deve trasformarsi in una strategia concreta, in quanto, a parte l'attività di prevenzione e di psico-educazione, in generale, è impensabile curare tutte le persone colpite dal trauma pandemico.

Di certo, come è avvenuto in Cina, è importante il lavoro preliminare di screening, anche per vagliare le caratteristiche anagrafiche del gruppo target, come età e istruzione sociale che sono sicuramente elementi prognostici favorevoli alla riuscita del trattamento. E, nondimeno, avviare preventivamente una nuova fase di collegamento mirato fra i servizi pubblici e privati, in modo che anche lo stato possa entrare nel processo terapeutico, fornendo agevolazioni economiche per le prestazioni fornite.

Si potrebbero mettere in risalto molti altri aspetti di questa crisi sanitaria, ma non si può prescindere dal ribadire che è di vitale importanza ricevere un supporto psicologico, specialmente se avviene durante un'emergenza di questo tipo, anche nell'ottica di incrementare l'erogazione di prestazioni da remoto o in modalità differita, se l'intento è quello di studiare, per esempio, gli effetti della telemedicina sulla qualità del servizio offerto o sull'efficacia delle cure.

La psicologia ha negli anni passati ha escogitato servizi molto efficaci durante alcune delle più grandi emergenze del mondo sviluppato. Sarebbe utile un supporto terapeutico per i soggetti dimessi dopo il ricovero, anche per rendere efficiente il connubio fra le cure mediche e le cure psicologiche. L'attuale situazione sanitaria richiede un intervento analitico risolutivo per casi che non troverebbero un beneficio duraturo da altre panacee psicofarmacologiche – tanto in voga attualmente.

La clinica freudiana ha focalizzato l'attenzione sull'attività di rielaborazione, ricordo e ripetizione che potrebbe portare a galla l'inconscio dei propri sentimenti di paura inespressi, previa una loro decontaminazione tramite la funzione della mente dell'analista (Blandino, 2009), cioè in un sistema interattivo maggiormente funzionante. In fin dei conti si tratta di prendere in cura il sintomo e il personale istinto a cercare di far sì che esso si ripeta nel futuro prossimo, come un estremo tentativo personale di poterlo gestire e ammaestrare con i mezzi a disposizione. Ma nessuno si salverà da solo! L'*enactment* è una vera coazione e può diventare molto distruttiva, almeno quanto le forze del virus che compromettono la salute psicofisica della persona.

Al termine di questo processo di riparazione e, forse, di risarcimento del danno, l'errore potrebbe consistere nell'abbassare la guardia, anche se la zona rossa o l'Italia tutta fosse stata decontaminata, almeno finché la politica non sarà disposta a prevedere delle misure finalizzate alla costruzione/ricostruzione di una società più equa e avanzata, in modo che, nel suo complesso, sia il gruppo stesso a diventare una comunità di tipo resiliente, in modo da farsi carico di un benessere collettivo comune, compreso quello delle persone più sfortunate che solitamente non hanno possibilità di perseguire la propria strada verso felicità. Sconfiggere il virus non può solo coincidere con il debellare l'epidemia, e magari scatenare l'immunità di gregge, ma anche prendere in carico i postumi di quello che si configura oggi come un trauma pandemico nella mente delle persone più fragili. Questa crisi potrebbe anche avere come effetto la decisione di combattere finalmente le disuguaglianze sociali nel campo della salute mentale. Una società più resiliente (vedi, ultimamente, i *black lives matter* e chi si batte contro il surriscaldamento mondiale e i cambiamenti climatici, nell'accezione di gruppi resilienti che ne dà la Rozenfeld) è una società più democratica e maggiormente pronta a combattere le situazioni di crisi che si avranno in futuro, nonché disposta ad agire con più spirito di creatività nella cosiddetta fase di rinascita; secondo Jung, in quest'ottica, dovremmo considerare i sistemi religiosi come istituzioni che captano le forze istintuali di natura animale non suscettibili d'impiego ai fini della civiltà, le organizzano e le rendono gradualmente capaci di un'utilizzazione più elevata.

La vita sembra sconvolta dalle nuove regole che ci hanno privato dei basilari diritti di libertà personale, ma il dibattito con gli esperti è l'unica via di comunicazione possibile.

Inoltre è nostro dovere spiegare ai più piccoli cos'è il coronavirus, anche con parole semplici, perché solitamente la loro curiosità è maggiore; qual è l'importanza di seguire le prescrizioni, nel rispetto delle norme, riformulando l'accaduto in modo che perda le sue istanze castranti, per renderlo più accettabile nella sua ineliminabile drammaticità.

Per promuovere la salute psicologica, negli anni a venire, dovremmo curare un numero ancora sconosciuto di persone che riporteranno problematiche psicologiche conseguenti a questa pandemia o provocate dalla crisi economica che ne è scaturita, e ciò ci costringe a pensare a interventi di prevenzione su larga scala, in modo da riformulare l'"arte della cura" per riuscire infine a intervenire nel contesto; innanzitutto, bisognerebbe prepararsi a un aumento del tasso di suicidio e dell'abuso di sostanze stupefacenti, ai quali potrebbe oppor-

si una riorganizzazione strutturale del sistema sanitario e scolastico; si ritiene che questi sintomi potrebbero interessare soprattutto giovani e giovanissimi, come se non fosse già allarmante la crisi giovanile in atto. In questo senso i giovani si sentono alla deriva perché ciò che manca loro è una certa attitudine a considerare e a tollerare l'imprevedibilità complessa della vicende umane, riconoscendole come passibili di esitare talvolta in fallimenti del tutto ingiustificati (Piotti, 2014).

Paolo della Vela, psicologo.

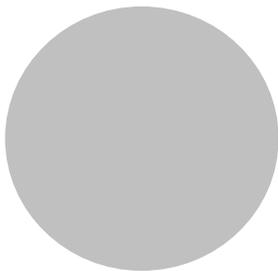
Bibliografia

- Alliod V. (2006), *Al di là di maschere e ruoli rigidi*, "Gruppi nella clinica, nelle istituzioni, nella società", 3.
- American Psychiatric Association (2014), *DSM-5. Manuale dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina, Milano.
- Beneduce R. (2010), *Archeologie del trauma. Un'antropologia del sottosuolo*, Laterza, Bari.
- Blandino G. (2004), *La formazione degli operatori. Come sviluppare le capacità relazionali*. In A. Imbasciati e M. Margiotta, *Compendio di psicologia per operatori sociosanitari*, Piccin, Padova, pp. 461-477.
- Bo H., Li W., Yang Y., Wang Y., Zhang Q., Cheung T., Wu X. e Xiang Y. (2020), *Post-traumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China*, "Psychological Medicine", 1-2, doi: 10.1017/S0033291720000999
- Bowlby J. (1999), *Attaccamento e perdita*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Castelli L., Di Tella M., Benfante A. e Romeo A. (2020), *The Spread of COVID-19 in the Italian Population: Anxiety, Depression, and Post-traumatic Stress Symptoms*, "The Canadian Journal of Psychiatry", 10, 731-732, doi: 10.1177/0706743720938598
- Della Vedova A. (2007), *I vissuti degli infermieri pediatrici nei confronti del bambino morente e dei suoi familiari*. In C. Cristini (a cura di), *Vivere il morire. L'assistenza nelle fasi terminali*, Aracne, Roma, pp. 143-154.
- Farina T. (2020), *La crisi dei valori simbolici, rituali e mimetici del gioco infantile durante la pandemia di COVID-19*, "Education Sciences & Society", 1, 41-53, doi: 10.3280/ess1-2020oa9680
- Gasseau M. e Bringhi M. (2012), *Funzioni terapeutiche dello psicodramma analitico junghiano nell'emergenza*, "Psicobiattivo", 1, 91-108, doi: 10.3280/PSOB2012-001006
- Johnson S.U., Ebrahimi O.V. e Offart. A. (2020), *PTSD symptoms among health workers and public service providers during the COVID-19 outbreak*, 15(10), "PLoS ONE", <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241032>
- Jung K.G. (1985), *Wotan*, in *Opere*, vol. 10/1, Boringhieri, Torino.
- Jung K.G. (2010), *Tipi psicologici*, Newton Compton, Roma.

- Jung K.G. (2012), *Simboli della trasformazione*, Boringhieri, Torino.
- Kaseda E.T. e Levine A.J. (2020), *Post-traumatic stress disorder: A differential diagnostic consideration for COVID-19 survivors*, "Journal of The Clinical Neuropsychologist", 34, 7-8.
- Lancini M. (2014), *Crisi evolutiva e cambiamento*. In M. Lancini e F. Madeddu (a cura di), *Giovane adulto. La terza nascita*, Raffaello Cortina, Milano, pp. 85-101.
- Liotti G. e Farina B. (2011), *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Raffaello Cortina, Milano.
- Guterres A. (2020), *COVID-19 e il Bisogno di Agire sulla Salute Mentale*, policy brief del Segretario generale delle Nazioni Unite, https://www.promisalute.it/upload/mattone/documentiallegati/United-Nations-Covid-and-mental-health_ITA_13660_3821.pdf
- Piotti A. (2014), *Il rischio suicidale*. In M. Lancini e F. Madeddu (a cura di), *Giovane adulto. La terza nascita*, Raffaello Cortina, Milano, pp. 141-155.
- Plomin R., DeFries G., Knopik V.S. e J.M. Neiderhiser (2013), *Genetica del comportamento*, Raffaello Cortina, Milano.
- Rozenfeld A. (2014), *La resilienza: una posizione soggettiva di fronte alle avversità. Prospettive psicoanalitiche*, Fratelli Frilli, Genova.
- Sirigatti S. (2001), *Prefazione*. In C. Bonomo e F. Borgogno (a cura di), *La catastrofe e i suoi simboli. Il contributo di Sandor Ferenczi alla teoria psicoanalitica del trauma*, Utet Libreria, Milano.
- World Health Organization/WHO (2021), *ICD-11 Mortality and Morbidity Statistics*, <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Zhang J., Wu W., Zhao X. e 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", 1, 3-8, <https://doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa006>

Sitografia

https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/#part_145372



**Norme per gli autori della rivista
“Psicologia dell’Emergenza e dell’Assistenza Umanitaria”**

1. La rivista “Psicologia dell’Emergenza e dell’Assistenza Umanitaria” è semestrale e prevede due uscite annue.
2. Vengono considerati pubblicabili gli articoli che trattano temi connessi agli aspetti psicologici, sociali, antropologici, comunicativi, storici, organizzativi e legali di situazioni emergenziali. Situazioni quali: incidenti quotidiani disastri, catastrofi, conflitti armati; immigrazione, migrazione forzata e problematiche interculturali; lutto traumatico, resilienza, trauma. Sono anche pubblicabili articoli che esplorano gli stessi aspetti legati a fenomeni e processi quali: interventi di protezione civile, soccorso sanitario; cooperazione internazionale e difesa dei diritti umani; ricerca dispersi e scomparsi; prevenzione e cura della salute mentale in contesti emergenziali.
3. rientrano tra le tipologie di articoli pubblicabili: a) ricerche; b) review; c) case history; d) documentazione di esperienze sul campo e best practice; e) contributi teorici; f) riflessioni e rielaborazioni metodologiche; g) recensioni.
4. Gli articoli proposti per la pubblicazione dovranno pervenire in formato word o rtf agli indirizzi a) psicologixpopoli@alice.it e b) gabrieleloiacono@psicologia-editoria.eu.
5. Gli autori avranno cura di fornire un indirizzo di posta elettronica e un recapito telefonico per le successive comunicazioni.
6. Il percorso di valutazione per la pubblicazione prevede quattro passaggi: a) autovalutazione degli autori rispetto ai criteri di qualità forniti dal comitato scientifico (che devono essere utilizzati prima di proporre l’articolo alla rivista); b) prima valutazione: ogni proposta presentata per la pubblicazione è esaminata dalla direzione, per una revisione iniziale. Se l’articolo concorda con le politiche editoriali e con il livello minimo di qualità richiesto, è inviato a due revisori anonimi per la valutazione. Questa prima revisione interna con conseguente rifiuto o assegnazione della valutazione dei revisori; c) revisione: la rivista si avvale, per ogni proposta, di due revisori anonimi, sia italiani sia stranieri. Il processo di revisione intende fornire agli autori un parere competente sul loro articolo. La revisione dovrebbe offrire suggerimenti agli autori, se necessari, su come migliorare i loro contributi. A questa valutazione segue una comunicazione all’autore. Nel caso la proposta di pubblicazione sia accettata solo a condizioni di correzioni, modifiche o integrazioni, l’autore potrà ripresentare il lavoro, adeguatamente corretto; d) Ultima decisione editoriale: spetta alla direzione della rivista ed è comunicata dopo la ricezione delle modifiche.
7. Gli autori verranno informati dell’esito di ogni passaggio, potendo ottenere, su richiesta e in relazione alla fase di lavorazione, attestazione di articolo “submitted”, “accepted” o “in press”.

Preparazione del manoscritto

1. Riportare in prima pagina: autore, ente di appartenenza e titolo dell'articolo.
2. Nella prima riga, a sinistra, si dovrà indicare il nome e il cognome dell'autore per esteso in corsivo, seguiti da una virgola, l'ente di appartenenza e un a capo.
3. Il titolo dell'articolo dovrà essere scritto in grassetto.
4. L'articolo deve essere preceduto da un riassunto in italiano e in inglese di circa 200 parole e 5 parole chiave (in italiano e in inglese).
5. La lunghezza massima di ciascun articolo deve essere compresa tra le 15 e le 20 cartelle (circa 8.000/12.000 parole).
6. Usare carattere Times New Romans, corpo 12, interlinea singola, allineamento giustificato.
7. Usare il tasto Enter (a capo) soltanto per cambiare paragrafo.
8. Non usare comandi di sillabazione o comandi macro.
9. Non usare doppi spazi per allineare o fare rientrare il testo.
10. Usare i seguenti stili:
 - titolo delle sezioni (paragrafi) principali: **neretto**
 - titolo sottosezioni (sottoparagrafi): *corsivo*
 - titolo sezioni di ordine inferiore: tondo
11. Non sottolineare mai; per evidenziare parti di testo, utilizzare eventualmente il corsivo, non il neretto.
12. Non numerare le sezioni.
13. Negli elenchi, usare la seguente gerarchia:
numeri seguiti da un punto: 1.; lettere con la parentesi chiusa: a); linee e medie: –
14. Dopo i segni di punteggiatura, lasciare sempre uno spazio; non si devono invece mettere spazi prima dei segni di interpunzione (punti, virgole, due punti, punti esclamativi e di domanda), dopo la parentesi aperta e prima della parentesi chiusa.
15. Nel citare i passi direttamente da un altro autore porre all'inizio e alla fine della citazione le virgolette aperte e chiuse “...” e, nel caso di omissioni all'interno di un brano, indicarle con [...].
16. Nelle citazioni di autori nel corpo del testo:
 - se si cita un autore: subito dopo, tra parentesi, inserire l'anno, una virgola e l'eventuale indicazione della pagina;
 - se si cita una teoria o una metodologia: subito dopo in parentesi inserire l'autore seguito da una virgola con l'indicazione dell'anno e, dopo una seconda virgola, eventualmente le pagine o l'indicazione del capitolo;
 - se si citano più autori: in parentesi, dopo l'indicazione del cognome del primo autore mettere una virgola e i cognomi degli altri autori; prima dell'ultimo, usare la congiunzione “e” senza farla precedere dalla virgola; dopo il cognome dell'ultimo autore, inse-

rire una virgola seguita dall'indicazione dell'anno e dopo un'altra virgola indicare la/e pagina/e preceduta da p. o pp.

17. Per i riferimenti bibliografici interni al corpo del testo e la bibliografia finale, se gli autori citati sono più di tre, è preferibile indicare solo il cognome del primo e farlo seguire da et al.
18. È preferibile usare “si veda” o “vedi” piuttosto che “cfr.” o “vd.”.
19. Nel corpo del testo è da evitare l'uso indiscriminato o enfatico del maiuscolo e delle virgolette; eventualmente utilizzare il corsivo. È da evitare in ogni caso l'uso del sottolineato e del neretto.
20. Inviare le figure in un file a parte e indicare nel testo dove inserirle.
21. La bibliografia finale va riportata in ordine alfabetico e secondo quanto indicato nei seguenti esempi:

Articolo su rivista:

Castelletti P. (2006), *La metafora della resilienza: dalla psicologia clinica alla psicologia dell'assistenza umanitaria e della cooperazione*, “Nuove tendenze della psicologia”, 4(2), pp. 211-233.

Libro:

Sbattella F. (2009), *Manuale di psicologia dell'emergenza*, Franco Angeli, Milano.

Capitolo all'interno di un libro:

Grotberg E.H. (2001), *The international resilience research project*. In A.L. Communian e U. Gielen (a cura di), *International perspectives on human development*, Pabst Science Publishers, Miami, pp. 379-399.

22. Le opere citate nel testo devono essere inserite nella bibliografia finale e la bibliografia finale dovrebbe contenere solo opere citate nel testo.

Osservazione e individuazione dei fattori di rischio in salute mentale nei minori stranieri non accompagnati: uno studio sulla sintomatologia trauma-correlata

Riassunto

Obiettivo. Si descrivono i risultati di una ricerca finalizzata a esplorare la sintomatologia e i segnali di rischio correlati alla presenza di esperienze traumatiche in un campione di minori stranieri non accompagnati inseriti in comunità socioeducative nel territorio milanese. Lo strumento utilizzato è stato la Griglia di Osservazione dei Segnali di Rischio, costruita con modalità partecipata e multi-professionale all'interno di un tavolo di lavoro che ha coinvolto l'équipe Migranti del Servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza dell'Ospedale Maggiore Ca' Granda Policlinico di Milano, l'Ufficio di Pronto Intervento del Comune di Milano, le comunità socioeducative del territorio e alcune agenzie del terzo settore. Risultati. Sono emerse correlazioni significative tra la presenza di esperienze traumatiche nella storia anamnestica e nella storia migratoria dei minori e la presenza di segnali di rischio psicopatologico, soprattutto nell'area del comportamento (relazioni conflittuali, ipervigilanza e controllo, difficoltà nel sonno) e più limitatamente nell'area dell'adattamento al nuovo contesto. L'intensità di tali connessioni sembra variare in base al paese d'origine e appare più forte per chi ha vissuto più esperienze traumatiche. Conclusioni. Lo studio evidenzia la presenza di una significativa vulnerabilità e fragilità nei minori stranieri non accompagnati che hanno vissuto esperienze traumatiche precedenti e concomitanti al viaggio migratorio.

Parole chiave: minori stranieri non accompagnati, trauma, segnali di rischio psicopatologici, etnopsichiatria, équipe multiprofessionale.

Abstract

Objective: This study aimed to explore the symptoms and risk signals related to the presence of traumatic experiences within a group of unaccompanied foreign minors living in socio-educational communities in the Milan area. The instrument used for this purpose was the Griglia di Osservazione dei Segnali di Rischio (Risk Sign Observation Grid), created through a shared and inter-professional method involving members of Migranti clinicians team of the Servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza dell'Ospedale Maggiore Ca' Granda Policlinico di Milano, the Emergency Response Office of the Municipality of Milan, the local socio-educational communities and some other agencies. Results: The results showed significant correlations between the presence of traumatic experiences in the personal history and the migration process, and the presence of psychopathological risks, mainly referring to behaviors (such as conflictual relations, hypervigilance and control, sleep disorders) and adapting to the new environment. Conclusions: The study confirms and highlights the presence of significant vulnerability and fragility in unaccompanied foreign minors who have experienced traumatic experiences in their history and during the migratory travel.

Key words: unaccompanied foreign minors, trauma, psychopathology risk signals, ethnopsychiatry, multi-professional team.

Introduzione

Il presente lavoro mira a indagare e approfondire le relazioni tra la presenza di esperienze traumatiche nella storia e nel viaggio migratorio dei minori stranieri non accompagnati (MSNA) e le modalità di adattamento al nuovo contesto e di comportamento. Le analisi sono state svolte su un campione di minori inseriti in diverse comunità socioeducative¹ in convenzione con il Comune di Milano e i dati sono stati raccolti tramite la Griglia di Osservazione dei Segnali di Rischio nei MSNA (GOSR), compilata dalle équipe educative delle comunità.

Per minore straniero non accompagnato si intende “un soggetto minorenne privo di cittadinanza italiana o di altri stati dell’Unione Europea, il quale non avendo provveduto a una richiesta di asilo politico, è presente per qualsiasi circostanza sul territorio dello Stato, in assenza di soggetti terzi quali genitori o adulti che detengano per conto suo responsabilità legale, assistenza e rappresentanza” (Norma Regolamentare del Comitato per i Minori Stranieri, DPCM 535/99, art. 9).

Tra gennaio 2011 e dicembre 2019 sono sbarcati in Italia 83.619 minori stranieri non accompagnati (Dipartimento per le Libertà civili e l’Immigrazione – Ministero dell’Interno, 2019). Il loro numero è cresciuto di 6 volte tra il 2011 (4.209) e il 2016 (25.846), per poi diminuire, in seguito alle mutate politiche di accoglienza dell’Italia, prima lentamente nel 2017 (15.731) e poi sensibilmente nel 2018 (3.536) e ancora di più nel 2019 (1.680). Anche se i numeri degli arrivi via mare sembrano essere tornati a livelli pre-2011, appare modificata la percentuale dei minori stranieri non accompagnati sul totale degli arrivi, che è cresciuta sensibilmente negli anni di grande picco di arrivi ed è rimasta costante anche negli ultimi anni: i minori stranieri non accompagnati erano il 6% del totale degli arrivi nel 2011, mentre dal 2016 al 2019 la proporzione è pari a circa 1 migrante su 6 (Ministero dell’Interno, 2019).

Grazie ai dati raccolti e censiti dalla Direzione Generale dell’Immigrazione e delle Politiche di Integrazione attraverso il Sistema Informativo Nazionale dei Minori non Accompagnati relativi all’anno 2019, si possono fare alcune considerazioni in merito ai paesi di provenienza e alle caratteristiche demografiche dei minori presenti nel sistema di accoglienza in Italia (Direzione Generale dell’Immigrazione e delle Politiche di Integrazione, 2019).

Dei 6.054 minori stranieri non accompagnati presenti in Italia a dicembre 2019, l’88% aveva 16 o 17 anni, percentuale in crescita rispetto agli anni precedenti (nel 2017 erano l’83,7%).

Per quanto riguarda il genere, sebbene vi sia sempre una netta prevalenza di maschi (pari al 94,8% nel 2019), è da notare un andamento altalenante della presenza femminile: il numero complessivo delle minori sole accolte è passato da 440 nel 2012 a 1.832 nel 2016 (il 7,6% del totale dei minori registrati nell’anno) per poi diminuire, coerentemente con il trend totale, negli ultimi anni arrivando a 317 minori ospitate in Italia nel 2019 (pari al 5,2%).

¹Strutture di accoglienza per minori con finalità educative e sociali assicurate in forma continuativa attraverso personale qualificato, accreditate dal Comune di Milano. Possono svolgere anche funzioni di pronto intervento o essere destinate a tipologie omogenee di utenza.

Per quanto riguarda i paesi di provenienza, Albania (27,7%), Egitto (8,8%), Pakistan (8,3%), Bangladesh (8,0%), Kosovo (5,4%) e Costa d'Avorio (4,7%) sono i più rappresentati e, considerate congiuntamente, queste sei cittadinanze rappresentano più della metà dei minori stranieri non accompagnati presenti in Italia (62,9%).

Guardando al territorio in cui si è svolta l'indagine, cioè la città metropolitana di Milano, al 31 dicembre 2018 risultavano inseriti nelle strutture di accoglienza 474 minori stranieri non accompagnati (ANPAL Servizi, 2018). Coerentemente con il dato nazionale, erano in prevalenza maschi (97,3%) e, nella maggioranza dei casi, prossimi alla maggiore età: l'86% ha tra i 16 e i 17 anni. Tra i minori ospitati nel Milanese si registra una maggiore incidenza di minori non accompagnati provenienti dal nord Africa rispetto al dato nazionale: tra le nazionalità più diffuse troviamo l'egiziana (24,9%), l'albanese (19,8%), la kosovara (8,9%) e la marocchina (8,0%), seguite da Tunisia (5,5%) ed Eritrea (5,1%).

Fattori di rischio per la salute mentale nei minori stranieri non accompagnati

I minori stranieri non accompagnati rappresentano una popolazione particolarmente fragile e soggetta a un alto rischio di disagio psichico, come descritto nella bibliografia più recente (Taurino et al., 2012; Caroppo, Del Basso e Brogna, 2014; Aragona, Mazzetti et al., 2013). Tale fragilità affonda le sue radici nell'incontro tra le caratteristiche della fase evolutiva propria dei MSNA e le caratteristiche dell'esperienza migratoria.

Le motivazioni che possono spingere i minori stranieri non accompagnati a lasciare il proprio paese d'origine sono molteplici: per esempio, la detenzione o la morte dei genitori o situazioni di povertà e di mancanza di sicurezza (Çelikaksoy e Wadensjö, 2015). Adolescenza e migrazione implicano esperienze di separazione dai legami affettivi familiari, dal proprio involucro culturale, e di riadattamento a un nuovo contesto. In letteratura viene evidenziato come una vulnerabilità comune alla maggior parte dei MSNA sia la separazione dalla propria famiglia. Questo è considerato da alcuni autori come uno dei maggiori fattori di rischio per lo sviluppo di problemi psicologici futuri (Carlson, Cacciatore e Klimek, 2012; Fazel e Stein, 2002; Hassan et al., 2016). Quella dei minori stranieri non accompagnati è, in genere, un'esperienza di ripetute rotture, spesso traumatiche, precedenti e successive al viaggio migratorio, che si configura come un'esperienza di discontinuità e che prosegue, spesso amplificandosi, anche dopo l'arrivo in Italia, attraverso cambi di strutture di collocamento e di figure di riferimento e attesa di documenti. Altri fattori di rischio a cui sono sovente esposti questi minori riguardano l'essere vittime o testimoni di abusi e/o violenze fisiche e/o psicologiche, vivere in condizioni di estrema povertà e scarsa igiene, lo sfruttamento e l'allontanamento del minore da parte della famiglia stessa (Sourander, 1998; UNICEF-UNHCR, 2005; Fazel e Stein, 2002; UNICEF, 2016). Inoltre, viene sottolineato come talvolta i MSNA si trovino costretti, durante il viaggio o una volta raggiunto il Paese ospite, a prostituirsi per autosostentarsi (Charles e Denman, 2013).

Tutti questi fattori possono concorrere nel fornire al minore un'esperienza di frammentazione e discontinuità, ostacolando la possibilità di pensare a sé e al proprio progetto di vita. Viene osservata spesso una difficoltà a instaurare legami d'intimità e di fiducia e una conseguente distanza protettiva nelle relazioni che possono esprimersi attraverso atteggiamenti di ostentata autonomia (Taurino et. al., 2012). A questo, si aggiungono le difficoltà legate alle aspettative e ai mandati individuali e familiari, che spesso si traducono in forti pressioni, anche economiche, da parte dei genitori.

I fattori di rischio, nella storia anamnestica del minore, possono riferirsi a tre diversi momenti del percorso migratorio – precedente, inerente e successivo al viaggio – e si intersecano dinamicamente tra loro producendo linee evolutive differenti, caratterizzate da vari livelli di rischio.

A un primo livello, si colgono le caratteristiche inerenti alle condizioni del contesto di provenienza, che evolutivamente creano e plasmano l'involucro culturale del soggetto, responsabile delle diverse modalità relazionali, di elaborazione dei vissuti e di espressività emozionale. Tale involucro fornisce, in tal modo, la possibilità di utilizzare in modo efficace le teorie di interpretazione delle emozioni correlate alle esperienze di vita, che risultano meno efficaci e che necessitano di modificazioni nel processo di adattamento a un nuovo contesto di vita (Drozdek e Wilson, 2007). L'esperienza traumatica agisce frequentemente su più livelli e non si riferisce esclusivamente a quella subita in prima persona dal soggetto, ma anche a quella subita dai familiari e dalle figure significative, sia nel caso il soggetto vi assista sia che egli ne possa temere il verificarsi. Appare chiaro che, nel caso dei MSNA, il timore per le condizioni dei familiari o di altri nel paese di origine – per esempio in caso di guerra, disastri naturali o altre casualità – può agire come fattore di stress estremo (Caldarozzi, 2010).

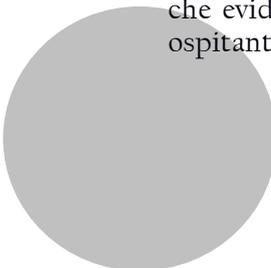
In secondo luogo, le condizioni del viaggio migratorio possono essere potenzialmente traumatiche per il soggetto, in particolare per i minori che viaggiano da soli. Se il viaggio è intrapreso in solitudine, il minore non può contare sulla condivisione dell'esperienza e delle sensazioni intense che questa suscita, trovandosi costretto a costruire un senso coerente di ciò che sta vivendo, e ad affrontare l'incertezza, la paura, la fame e il freddo, da solo (Finklestein e Zahava, 2009). Anche qualora il viaggio sia intrapreso con altri, è possibile che il minore riceva sostegno e aiuto da familiari o conoscenti, ma sono anche frequenti le situazioni in cui altri migranti sono costretti a scegliere di non occuparsi dei più deboli poiché devono salvaguardare la propria vita.

A un terzo livello si collocano i fattori di rischio propri del processo di adattamento nel paese di accoglienza e nel nuovo contesto sociale, culturale e relazionale. Arrivati nel paese straniero, i MSNA incontrano difficoltà nell'affrontare la perdita dei propri cari e degli usi e dei costumi a cui erano abituati, che erano associati al loro senso di appartenenza e identità (German, Gonzales e Dumka, 2009).

I vissuti traumatici e la sintomatologia trauma-correlata nei minori stranieri non accompagnati

Una metanalisi di El Baba e Colucci (2017) mette in luce come moltissimi studi abbiano riscontrato una forte prevalenza di Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) nei MSNA (Jensen, Skårdalmo e Fjerme stad, 2014; Hodes et al., 2008). Diverse ricerche evidenziano una maggior frequenza di patologie psichiatriche (incidenza di PTSD) nei MSNA rispetto alla popolazione di minori non migranti (Huemer et al., 2009). Uno studio di confronto tra minori stranieri non accompagnati e adolescenti olandesi mostra un punteggio più elevato per ansia, depressione e PTSD nel primo gruppo (60%) rispetto al secondo (11,7%; Bean et al., 2006; Bean et al., 2007; Derluyn et al., 2009; Hodes et al., 2008; Huemer et al., 2011).

In particolare, cinque studi hanno riscontrato una prevalenza di PTSD tra i MSNA che va dal 36,7% (Derluyn, Mels e Broekaert, 2009) al 52,7% (Vervliet et al., 2014). Ancora, un altro studio ha riscontrato una prevalenza di diagnosi di PTSD che variava dal 19% al 30% del campione (Huemer et al., 2011; Jakobsen, Demott e Heir, 2014). Il PTSD risulta essere associato a problemi comportamentali, interpersonali ed emotivi, ad abuso di sostanze e al fallimento scolastico (Condor et al., 2015). Queste problematiche rappresentano il rischio maggiore per una fallita integrazione nella società e aumentano il rischio di sviluppare malattie croniche a causa dell'eccessivo stress; altri esiti associati al PTSD possono essere la presenza di pensieri intrusivi, difficoltà di attenzione e memoria, disturbi del sonno e interferenza con i processi di apprendimento (Perfect et al., 2016; DeSocio e Hootman, 2004). Per questi motivi è di fondamentale importanza diagnosticare correttamente questo disturbo, in modo da poterlo trattare tempestivamente (Salari et al., 2017). Inoltre, è stato dimostrato che i sintomi del PTSD tendono a persistere nel tempo (Tam, Houlian e Melendez-Torres, 2015). Oltre al PTSD, alcuni studi mettono in evidenza come il disturbo depressivo maggiore sia riscontrabile in comorbilità nella popolazione dei minori stranieri non accompagnati (Huemer et al., 2011; Jakobsen et al., 2014). Altri studi, in cui è stata utilizzata la scala HSCL (Hopkins Symptoms Checklist) per investigare i sintomi internalizzanti, hanno riscontrato nei MSNA rifugiati un'alta prevalenza di sintomi depressivi e ansiosi, con punteggi significativamente maggiori rispetto alla popolazione di adolescenti originari del paese ospitante (Vervliet et al., 2014; Bean et al., 2007; Vervliet et al., 2014; Jensen et al., 2014). In uno studio (Hodes et al., 2008) si evidenzia che il contesto in cui sono inseriti nel paese ospitante e l'essere titolari o meno dello status di rifugiato predice l'andamento del disturbo depressivo. Tali risultati sono confermati da un'altra ricerca che evidenzia una relazione tra il PTSD e le condizioni di vita nel paese ospitante unite allo stato della richiesta d'asilo (Smid et al., 2011).



La co-costruzione dello strumento GOSR tramite un processo partecipativo

Il Progetto Migranti, nato a Milano nel 2008 grazie a finanziamenti di Regione Lombardia, ha permesso la costruzione di un tavolo di lavoro che ha coinvolto un'équipe dedicata della Neuropsichiatria Infantile della Fondazione Policlinico (capofila del progetto), le comunità socioeducative della città di Milano, il servizio per minori stranieri non accompagnati del Centro delle Culture del Mondo² del Comune di Milano, il terzo settore, la ATS Milano Città Metropolitana. La creazione del tavolo è stata finalizzata a una presa in carico integrata³ dei minori stranieri non accompagnati con disagio psichico. Il modello di lavoro partecipativo del tavolo ha favorito una riflessione sui processi di adattamento al nuovo contesto di vita dei minori stranieri non accompagnati inseriti in comunità socioeducativa, a partire dalla condivisione delle difficoltà specifiche di alcuni ragazzi che necessitavano di una presa in carico presso il Servizio di Neuropsichiatria Infantile. La multidisciplinarietà del tavolo ha consentito di condividere azioni specifiche a livello sia socioeducativo sia clinico, al fine di prevenire, per quanto possibile, situazioni di scompenso psichico o fallimenti nei percorsi di presa in carico, quali dimissioni dalle strutture, accessi in Pronto Soccorso a seguito di acuzie psichiatriche e/o ricoveri in strutture ospedaliere o drop-out dai Servizi di Neuropsichiatria Infantile.

L'inserimento dei MSNA in comunità o in altre strutture rappresenta il momento dell'effettivo confronto del minore con il nuovo contesto socioculturale. Per tale motivo, un'osservazione attenta da parte delle équipe educative della struttura ospitante permette di cogliere precocemente l'espressione di fragilità psichiche che si possono manifestare sia in termini di blocchi evolutivi che in termini di agiti, lungo un continuum che va dalla difficoltà di adattamento all'acuzie psichiatrica. Al fine di agevolare la rilevazione tempestiva dei segnali di rischio in salute mentale nei minori ospiti in comunità socioeducative, è stato costruito all'interno del tavolo di lavoro lo strumento denominato Griglia di Osservazione dei Segnali di Rischio (GOSR).

La GOSR si è inserita nel piano formativo dei Progetti dell'Area Migrazione, volto a una crescita professionale di tutti gli operatori nell'ambito multiculturali ed etnopsichiatrico. Lo strumento è stato quindi co-costruito all'interno di tale tavolo, a partire da una condivisione multidisciplinare dei diversi strumenti osservativi, con l'obiettivo di cogliere indici di disadattamento e/o disagio psichico, al fine di favorire l'invio precoce al servizio di neuropsichiatria.

² Già Pronto Intervento Minori del Comune di Milano, servizio di accoglienza dei minori stranieri non accompagnati, segnalati dalle forze dell'ordine o ad accesso spontaneo, ai fini della presa in carico delle situazioni e della formulazione di un progetto psico-socio-educativo a loro tutela.

³ Per presa in carico integrata si intende un percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale in cui l'utente afferisce a una rete di servizi (psico-socio-educativi) che fanno riferimento al Protocollo operativo per la collaborazione tra comunità socioeducative, Comune di Milano, ATS Milano e Uonpia Policlinico per la presa in carico di MSNA che presentano sintomi di disagio psichico, del 2010.

La costruzione della griglia è partita da una prima fase di condivisione e discussione delle problematiche e dei fattori protettivi che possono presentare i minori stranieri non accompagnati; tale discussione ha permesso di condividere importanti osservazioni provenienti da vertici osservativi diversi (comunità servizio sociale, terzo settore, UONPIA); successivamente il tavolo ha esaminato i diversi strumenti osservativi in uso nelle comunità per la stesura del progetto educativo, alcune scale comportamentali utilizzate nella valutazione psicodiagnostica (Achenbach, 1991, American Psychiatric Association, 2000) e la bibliografia esistente (Baubet e Moro, 2009, Girelli e Achille, 2000) al fine di effettuare un confronto e una condivisione di spunti e suggerimenti utili alla costruzione della griglia stessa.

La struttura dello strumento permette l'individuazione di problematiche sia sul fronte esternalizzante, come l'espressione di aggressività e condotte antisociali, sia sul fronte internalizzante, come una possibile conflittualità interna che si può manifestare tramite blocchi, inibizioni, ritiro, ansia e depressione.

Obiettivo della GOSR è fornire, attraverso la compilazione a cura dell'équipe educativa della comunità in cui è inserito il minore, una fotografia del funzionamento del ragazzo rispetto ad alcune aree ritenute sensibili per la rilevazione di rischio psicopatologico.

La griglia GOSR

La GOSR, che permette di cogliere diverse sfaccettature del processo di crescita, si iscrive in tal modo nella co-costruzione di "un ambiente educativo" che possa fungere da organizzatore del mondo interno ed esterno, attraverso processi di identificazione con adulti di riferimento attenti e consapevoli ai bisogni e alle problematiche e attraverso la mediazione e l'accompagnamento alla cultura del paese ospitante (Ranchetti, 2015). Un ambiente così inteso assume una *valenza terapeutica*, sia grazie alle azioni del quotidiano nella comunità che hanno una funzione strutturante per il minore, sia grazie alla presenza di figure di riferimento significative che possano agevolare i processi di identificazione necessari per uno sviluppo psicologico più armonico (Taurino et al., 2012).

La GOSR fornisce una fotografia del funzionamento del ragazzo rispetto ad alcune aree ritenute sensibili alla rilevazione di segnali di rischio psicopatologico: non è uno strumento diagnostico, bensì osservativo. Per segnali di rischio psicopatologico si intendono quei fattori oggettivi e soggettivi che, nel loro insieme, favoriscono l'emergere di disagio mentale, compromettendo il corretto sviluppo dei minori e il loro adattamento ai diversi contesti di vita. La GOSR fornisce indicazioni su elementi di fragilità e problematicità nei ragazzi, agevolando un invio precoce all'équipe specialistica UONPIA, dove avviene una presa in carico psicodiagnostica e riabilitativa.

Le aree di cui si compone la GOSR rimandano all'individuazione di segnali di rischio psicopatologici riferiti a possibili problematiche legate all'area dell'adattamento al contesto di vita, alle relazioni sociali e al comportamento dei MSNA.

Lo strumento raccoglie inoltre informazioni sulla situazione attuale, con i collocamenti del minore e la loro durata, oltre ad alcune informazioni sulla storia anamnestica, quali le condizioni di viaggio e il mandato migratorio.

Esso è quindi organizzato nelle tre seguenti aree principali:

1. *Anamnesi*: rilevazione di alcuni elementi anamnestici, modalità del viaggio migratorio e condizioni di accoglienza nel paese ospitante;
2. *Adattamento al contesto di vita*: modalità relazionali con adulti e pari, rispetto delle regole del contesto, capacità progettuale;
3. *Comportamento*: rilevazione delle aree di funzionamento secondo criteri internalizzanti ed esternalizzanti.

I segnali di rischio indagati nella GOSR si riferiscono sia a fattori ambientali attuali e pregressi, alle condizioni di crescita (stili di attaccamento, alfabetizzazione ecc.), alla cultura di provenienza, all'integrazione culturale e al progetto migratorio (area anamnesi), sia ai comportamenti disfunzionali internalizzanti o esternalizzanti che hanno un impatto rilevante sui contesti di vita e sul funzionamento globale del minore.

Nella Tabella 1 vengono riportati i segnali di rischio nei MSNA considerati dalla GOSR, suddivisi nelle tre aree di indagine della griglia.

Tabella 1. Segnali di rischio considerati nella GOSR.

Area anamnesi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presenza di fattori o eventi traumatici pregressi, relativi al viaggio e alle condizioni di accoglienza (compreso il numero di comunità socio-educative cambiate per dimissioni o espulsioni del minore) ▪ Progetto migratorio non condiviso con la famiglia o forzato. ▪ Condizioni gravose del viaggio migratorio (lunghezza temporale, quantità di tappe precedenti all'arrivo, numero di mezzi cambiati, mancanza di figure di riferimento). ▪ Assenza di reti naturali sul territorio ospitante. ▪ Scarsa scolarizzazione nel paese di origine. ▪ Scarso livello di apprendimento della lingua italiana.
Area adattamento al nuovo contesto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Progettualità futura assente o scarsa e scarso impegno nelle attività proposte. ▪ Aderenza alle regole assente o scarsa. ▪ Relazioni con pari e/o adulti conflittuali e assenza di relazioni stabili di riferimento.
Area comportamento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autonomia e cura del sé dei propri spazi scarsa o assente. ▪ Alterazioni nell'alimentazione, nel sonno e nella sfera sessuale. ▪ Presenza di agiti aggressivi verbali, fisici, rivolti al sé e/o agli altri. ▪ Impulsività e difficoltà di attenzione. ▪ Presenza di pensieri fissi e ripetitivi. ▪ Presenza di fobie, preoccupazioni eccessive e pensieri persecutori. ▪ Pervasività di sentimenti di colpa e/o vergogna. ▪ Oscillazioni nel tono dell'umore. ▪ Somatizzazioni. ▪ Abuso di sostanze.

Per valutare i segnali di rischio, l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano ha definito tre indicatori sintetici relativi alle tre aree (anamnesi, adattamento e comportamento), più un quarto indicatore di rischio globale.

Considerando le distribuzioni di frequenza degli indicatori, sono state create delle fasce di rischio in cui collocare ciascun paziente, basate sul metodo delle deviazioni standard o punteggi z . Il metodo consiste nel convertire il valore grezzo di ciascuno dei tre indicatori in un punteggio z che rappresenta il numero di deviazioni standard dalla media.

Obiettivi e metodologia dell'indagine

I dati raccolti tramite la griglia GORS sono stati analizzati con l'obiettivo di verificare l'esistenza di correlazioni tra il vissuto di esperienze traumatiche nella storia e nel viaggio migratorio dei minori stranieri non accompagnati e le modalità di comportamento e di adattamento al nuovo contesto.

Ai fini dell'analisi proposta, per la definizione di esperienza traumatica si è fatto riferimento ai quattro item contenuti nell'area Anamnesi della GORS:

- condizioni stressanti o traumatiche nel paese di origine;
- esposizione a esperienze di separazione prolungata e/o lutti (precedenti alla migrazione);
- traumi fisici;
- condizioni fortemente traumatiche del viaggio migratorio.

Le analisi sono state svolte sui dati raccolti tra il marzo 2015 e il marzo 2018 su un campione di 125 MSNA inseriti in diverse comunità socioeducative in convenzione con il Comune di Milano. La GORS è stata compilata, per ogni soggetto del campione, a cura delle équipe educative delle comunità ed è stata inviata al Servizio UONPIA ai fini dell'elaborazione dei dati. Gli operatori delle comunità partecipanti al progetto sono coinvolti nel tavolo di lavoro e hanno condiviso un'esperienza decennale nelle formazioni dei progetti in ambito multiculturale, al fine di favorire un'osservazione quanto più possibile decentrata dal punto di vista culturale.

Descrizione del campione

Il campione è composto da:

- 77 minori non presi in carico dal Servizio UONPIA, per i quali la GORS è stata compilata a fini preventivi o di ricerca;
- 48 minori presi in carico dallo stesso Servizio, per i quali la GORS è stata inviata come allegato ai documenti richiesti per l'accesso alla UONPIA.

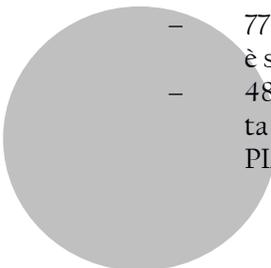


Tabella 2. Distribuzione dei MSNA per età.

ETÀ	%
13	0,8%
14	4,9%
15	13,0%
16	29,3%
17	48,8%
18	3,3%
TOTALE	100,0%

Per tutti i minori considerati, la compilazione della GOSR è avvenuta durante le attività di prassi del Servizio UONPIA ed è stata autorizzata dall'ente tutore, ovvero il Servizio Sociale del Comune di Milano, che aveva collocato in comunità i MSNA. Attualmente tali dati vengono raccolti durante le attività di prassi del Servizio UONPIA e con il consenso dell'ente tutore e delle strutture socioeducative invianti

Per quanto riguarda le caratteristiche demografiche, descritte in Tabella 2 (vedi sopra), il campione è composto da 124 ragazzi e una sola ragazza e, in linea con il dato a livello cittadino e nazionale, da un'elevatissima percentuale di minori con età compresa tra i 15 e i 17 anni (91%).

Guardando alla nazionalità, risulta prevalente quella egiziana (48,4%), seguita da quella albanese (22,6%), quella kossovara (8,1%) e quella marocchina (5,6%). La categoria Altro, pari al 15,3% del campione, aggrega minori provenienti prevalentemente dai paesi dell'Africa subsahariana (non categorizzata nella costruzione della griglia).

Rispetto alla permanenza in Italia il 77% ha cambiato almeno una struttura: il 35% una, il 22% due strutture mentre il 10% ne ha cambiate almeno tre.

Tabella 3. Mandato migratorio.

Mandato migratorio	% di MSNA
Lavoro/ricerca di un miglioramento socio/economico	81%
Fuga/guerra/rifugiato politico/ecc.	12%
Viaggio programmato	12%
Studio	10%
Portato dai genitori	2%
Cure mediche	1%
Ricongiungimento	1%
Altro	4%

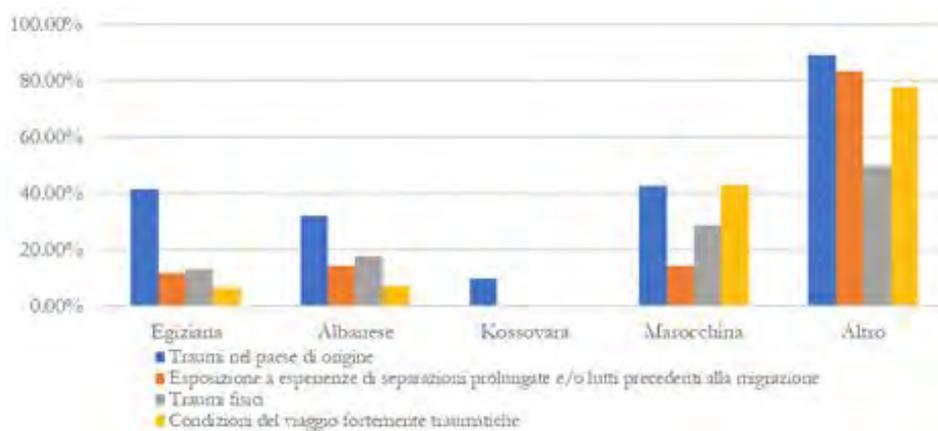
Nel cambiamento di struttura rientrano qui i casi di progressione del processo di accoglienza, di trasferimenti dovuti a esigenze organizzative o a complessità non previste e non dipendenti dal minore, e di incompatibilità del minore con la struttura. La durata del periodo di permanenza in Italia incide sul numero di strutture cambiate: oltre l'80% dei minori del campione è in Italia da almeno un anno e la permanenza media in una struttura al momento della compilazione della griglia, che avviene non prima di tre settimane dal primo inserimento in struttura, è di 1 anno e 4 mesi.

Dalla raccolta anamnestica svolta dalle équipes delle comunità emerge chiaramente come il progetto migratorio sia presentato dai minori come connesso alla ricerca di un miglioramento della condizione socioeconomica (81%; vedi Tabella 3 nella pagina precedente).

L'area anamnestica della griglia permette anche di individuare i punteggi relativi alle esperienze potenzialmente traumatiche, che, come già ricordato, si riferiscono per l'analisi proposta ai seguenti item: "presenza di traumi nel paese di origine"; "esposizione a esperienze di separazioni prolungate o lutti precedenti alla migrazione"; "avere subito traumi fisici"; "condizioni fortemente traumatiche del viaggio".

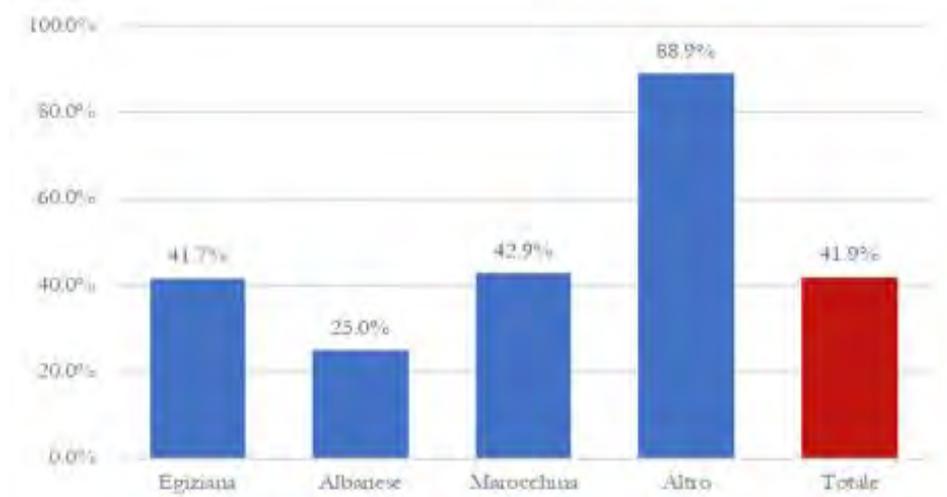
Tra queste, la condizione potenzialmente traumatica più ricorrente sembra essere legata al viaggio migratorio e interessa il 47% dei minori inclusi nell'analisi, seguita dalla presenza di esperienze potenzialmente traumatiche nel paese di origine, che riguarda il 44% dei MSNA. Risultano meno diffuse l'esposizione a separazioni prolungate o a lutti (23%) e la presenza di traumi fisici (20%).

Grafico 1. Quota di MSNA per tipologia di trauma e per paese di provenienza.



La distribuzione della presenza di condizioni traumatiche nel vissuto dei minori stranieri non accompagnati per paese di provenienza (vedi Grafico 1) restituisce un quadro piuttosto variegato: ai paesi di provenienza classificati nella voce Altro sono associati più alti livelli di diffusione delle condizioni traumatiche, indipendentemente dall'item preso in considerazione. Considerando che questa categoria, come già detto, ingloba per lo più minori prove-

Grafico 2. Quota di MSNA con presenza di molteplici fonti di trauma per paese di provenienza.



nienti dai paesi dell'Africa subsahariana, si può concludere che da questi paesi di provenienza derivino prevalentemente le condizioni traumatiche sopra descritte. La differenza più evidente si osserva, in media, rispetto alla condizione del viaggio: il 78% dei minori provenienti da un paese Altro ha subito condizioni di viaggio fortemente traumatiche, a fronte di valori significativamente più bassi osservati per gli altri paesi di provenienza (Marocco, 43%; Egitto e Albania, 7%).

Le differenze tra i paesi di provenienza dei MSNA rispetto ai vissuti traumatici si riflettono anche sulla presenza di un numero maggiore di fonti di trauma. Il Grafico 2 mostra la quota di minori per cui la raccolta anamnestica ha evidenziato la presenza di almeno due definizioni di condizione traumatica. Nel complesso, il 41,9% del campione ha dichiarato di avere vissuto esperienze traumatiche multiple. La distribuzione per paese di provenienza mostra nuovamente che alla categoria Altro è associata la percentuale più alta di presenze di esperienze traumatiche multiple (88,9%). Per i minori stranieri non accompagnati provenienti dall'Albania si osserva il tasso percentuale più basso (25%).

Analisi dei dati: modalità di comportamento e di adattamento al nuovo contesto nei MSNA e vissuto di esperienze traumatiche nella storia e nel viaggio migratorio

Nel presente paragrafo vengono presentati i risultati delle analisi di significatività dei differenziali di intensità dei comportamenti a rischio osservati tra i minori stranieri non accompagnati la cui storia anamnestica indica la presenza di un'esperienza traumatica (secondo le definizioni date nel precedente paragrafo) e quelli per i quali non vi è notizia di traumi pregressi. La prima area indagata comprende tutti gli item legati al comportamento dei minori all'interno delle strutture in cui sono inseriti; la seconda comprende gli item relativi all'adattamento al nuovo contesto.

Metodo di analisi e nota alla lettura delle tabelle

Per confrontare le modalità di adattamento al nuovo contesto e di comportamento in base alla presenza o meno di esperienze traumatiche, sono stati utilizzati tutti gli item compresi nelle aree Adattamento e Comportamento. Per ognuno degli item è stato assegnato: un punteggio minimo pari a 0, se la risposta non rappresenta segnale di rischio; un punteggio pari a 1, se la risposta rappresenta un segnale di rischio medio; un punteggio pari a 2, se la risposta rappresenta un segnale di rischio maggiore.

L'analisi è stata svolta separatamente per ogni definizione di esperienza traumatica, per cui sono stati definiti di volta in volta due gruppi: uno con esperienza traumatica nel proprio vissuto, uno senza esperienza particolarmente traumatica nel proprio vissuto. Quindi sono stati calcolati i valori medi per ciascun item delle aree Adattamento e Comportamento, procedendo poi a un confronto tra i gruppi con un test *t*. I confronti sono stati fatti considerando un livello di significatività del test pari a 5%.

Le tabelle presenti nel paragrafo comprendono, quindi, per ciascuna tipologia di esperienza traumatica, i valori medi di ciascun item osservati per i due gruppi di minori e le differenze tra i gruppi. Nelle tabelle sono rappresentati esclusivamente gli item, e quindi i comportamenti a rischio, per i quali le differenze sono risultate statisticamente significative a un livello di significatività del 5% ed essi sono ordinati in base alle differenze osservate tra i due gruppi in ordine decrescente.

È stata poi proposta un'analisi, tramite regressioni multiple, delle differenze negli effetti delle esperienze traumatiche sugli item delle aree Adattamento e Comportamento, utilizzando come fattore di controllo il paese di provenienza dei minori.

Relazione tra i segnali di rischio nell'area Comportamento e la presenza di esperienze traumatiche

Dall'analisi svolta emerge che la presenza di traumi nel paese di origine sembra essere associata in maniera statisticamente rilevante ad alcuni comportamenti considerati come fattori di rischio: in particolare alla presenza di tratti ossessivi (pensieri fissi e ripetitivi, eccessiva preoccupazione), di tratti persecutori (sospetto) e di disturbi del sonno (difficoltà di addormentamento, incubi, tendenza a dormire più degli altri). Differenze significative si osservano anche rispetto ai cambi repentini di umore e ad alterazioni nella sfera dell'alimentazione (vedi Tabella 4 alla pagina seguente).

Anche l'esposizione a separazione prolungata e/o lutti precedenti alla migrazione sembra essere associata in maniera statisticamente rilevante al raggiungimento di punteggi più elevati di rischio per alcuni item dell'area Comportamento (vedi Tabella 5 alla pagina seguente). Tale relazione appare più forte per alcuni item riguardanti i disturbi del sonno (incubi e difficoltà nell'addormentamento) e la presenza di tratti ossessivi, quali l'aver pensieri fissi e ripetitivi. Altri per cui si rilevano differenze significative, seppur di minore intensità, afferiscono a tratti persecutori (sospetto) e disturbi del pensiero (allucinazioni visive e uditive).

Tabella 4. Relazione tra sintomi dell'area del comportamento e vissuto traumatico nel paese di origine; valori medi del livello di rischio per singolo item nei due gruppi (scala valori: 0 = "nessun rischio"; 2 = "rischio elevato").

Item dell'area comportamento	Traumi nel paese di origine		
	No	Sì	Diff.
Non riesce a evitare di avere pensieri fissi e ripetitivi	0.29	0.84	0.55*
È sospettoso	0.48	0.98	0.50*
Difficoltà nell'addormentamento	0.35	0.82	0.47*
Pensa che gli altri ce l'abbiano con lui	0.45	0.89	0.44*
Ha repentini cambiamenti dell'umore	0.42	0.83	0.41*
Incubi	0.13	0.49	0.36*
Tende a preoccuparsi eccessivamente	0.49	0.85	0.36*
Assume solo alcuni cibi	0.41	0.74	0.33*
Si sente eccessivamente colpevole	0.04	0.36	0.32*
Tende a dormire di più degli altri ragazzi	0.32	0.60	0.28*

*Valori significativi a un livello di significatività del 5%.

Tabella 5. Relazione tra sintomi dell'area del comportamento e l'esposizione a separazioni e/o lutti prima della migrazione; valori medi del livello di rischio per singolo item nei due gruppi (scala valori: 0 = "nessun rischio"; 2 = "rischio elevato").

Item dell'area comportamento	Esposizione a esperienze di separazioni prolungate e/o lutti precedenti alla migrazione		
	No	Sì	Diff.
Incubi	0.15	0.75	0.60*
Difficoltà nell'addormentamento	0.44	0.93	0.49*
Non riesce a evitare di avere pensieri fissi e ripetitivi	0.44	0.86	0.42*
Ha paura di specifiche situazioni	0.21	0.57	0.36*
È sospettoso	0.63	0.96	0.33*
Tende a preoccuparsi eccessivamente	0.58	0.89	0.31*
Pensa che gli altri ce l'abbiano con lui	0.58	0.86	0.28*
Sente o vede cose che altre persone non vedono o sentono	0.09	0.36	0.27*

*Valori significativi a un livello di significatività del 5%.

Il fatto di aver vissuto traumi fisici (vedi Tabella 6) sembra associarsi a segnali di rischio di maggiore intensità nell'area comportamento rispetto alle altre tipologie di traumi, evidenziando inoltre differenze più ampie in termini assoluti tra chi ha vissuto e chi non ha vissuto tali traumi. Questo dimostra come il trauma fisico abbia ripercussioni più forti, o probabilmente più visibili, sull'area del comportamento dei minori stranieri non accompagnati.

Tabella 6. Relazione tra sintomi dell'area del comportamento e la presenza di traumi fisici; valori medi del livello di rischio per singolo item nei due gruppi (scala valori 0 = "nessun rischio");

Item dell'area comportamento	Traumi fisici		
	No	Si	Diff.
Incubi	0.16	0.83	0.67*
Non riesce a evitare di avere pensieri fissi e ripetitivi	0.43	1.00	0.57*
Difficoltà nell'addormentamento	0.43	0.96	0.53*
Tende a dormire di meno degli altri ragazzi	0.14	0.67	0.53*
Ha paura di stare da solo	0.15	0.54	0.39*
Tende a preoccuparsi eccessivamente	0.58	0.96	0.38*
Pensa che gli altri ce l'abbiano con lui	0.58	0.96	0.38*
È sospettoso	0.65	1.00	0.35*
Ha paura di specifiche situazioni	0.24	0.55	0.31*
Sente o vede cose che altre persone non vedono o sentono	0.09	0.38	0.29*
Rabbia verso se stesso	0.10	0.38	0.28*

*Valori significativi a un livello di significatività del 5%.

Dalla Tabella 6 si evince che gli item più interessati dall'influenza della presenza dei traumi fisici sono sostanzialmente i medesimi riportati anche per gli altri traumi già analizzati: disturbi del sonno (incubi, difficoltà nell'addormentamento, tendenza a dormire poco), tratti ossessivi (pensieri fissi e ripetitivi e eccessiva preoccupazione), tratti persecutori (sospetto), disturbi del pensiero (allucinazioni visive e uditive). A questi però si aggiunge una relazione tra il trauma fisico e la paura di stare soli o di trovarsi in specifiche situazioni e l'espressione di rabbia verso sé stessi.

Come per la presenza di traumi fisici, anche alle condizioni migratorie traumatiche sono associati intensi segnali di rischio nell'area del comportamento.

Ancora una volta, si osserva un numero elevato di item discriminanti in maniera statisticamente significativa tra i due gruppi del campione, distinti in base alle condizioni del viaggio affrontato (vedi Tabella 7): oltre alle aree del comportamento viste sopra, quali i disturbi del sonno e la presenza di tratti ossessivi e paranoici, sono evidenti degli effetti significativi di tali traumi sull'area dell'attenzione, sulla presenza di tratti fobici e, soprattutto, sulla manifestazione della rabbia, sia verbale che verso gli oggetti e verso le persone.

Tabella 7. Relazione tra sintomi dell'area del comportamento e le condizioni fortemente traumatiche del viaggio; valori medi del livello di rischio per singolo item nei due gruppi (scala valori: 0 = "nessun rischio"; 2 = "rischio elevato").

Item dell'area comportamento	Condizioni del viaggio fortemente traumatiche		
	No	Si	Diff.
Ha repentini cambiamenti dell'umore	0.38	0.85	0.47*
Non riesce a evitare di avere pensieri fissi e ripetitivi	0.32	0.78	0.46*
Difficoltà nell'addormentamento	0.36	0.80	0.44*
Ha paura di specifiche situazioni	0.09	0.51	0.42*
Rabbia verso oggetti	0.27	0.69	0.42*
È sospettoso	0.51	0.91	0.40*
Pensa che gli altri ce l'abbiano con lui	0.45	0.85	0.40*
Agisce senza riflettere o senza apparente considerazione per le conseguenze negative delle proprie azioni	0.80	1.17	0.37*
Rabbia verbale	0.58	0.93	0.35*
Incubi	0.12	0.47	0.35*
Assume solo alcuni cibi	0.40	0.72	0.32*
Non riesce a concentrarsi e/o a mantenere l'attenzione a lungo	0.80	1.10	0.30*

*Valori significativi a un livello di significatività del 5%.

Complessivamente, le aree del comportamento su cui i traumi personali, fisici e del viaggio migratorio hanno un effetto significativo sono quelle del sonno, della presenza di pensieri fissi e ossessivi, della presenza di tratti paranoici o psicotici (disturbi del pensiero e della concentrazione).

Non si rileva una relazione significativa tra il trauma (in tutte le accezioni viste sopra) e la sfera delle autonomie (cura di sé e dei propri spazi), la sfera della sessualità (linguaggi provocatori, promiscuità, erotizzazione e sessualizzazione delle relazioni), la sfera dell'alimentazione e il consumo di sostanze.

L'analisi fin qui proposta è stata replicata tenendo conto, come fattore di controllo, del paese di provenienza dei MSNA. Come visto nell'analisi descrittiva del campione, esistono differenze in termini di diffusione di esperienze traumatiche tra i vari paesi di provenienza. Emergono differenze anche nell'intensità dell'esperienza traumatica e, di conseguenza, anche nell'effetto che questa produce sui sintomi dell'area Comportamento. Per questo motivo è stata testata l'ipotesi che il paese di provenienza in cui si sono avuti traumi abbia un ruolo rilevante nel causare la portata del sintomo. Per farlo, è stata considerata la presenza di traumi negli specifici paesi di provenienza come variabile indipendente e i sintomi come variabili dipendenti. È stata quindi usata la tecnica delle regressioni multiple, che ci permette di individuare e analizzare la relazione tra una variabile dipendente e diverse variabili indipendenti.

Di seguito vengono presentate le tabelle con i risultati delle regressioni multiple svolte per ciascuna definizione di trauma.

All'interno di ogni tabella sono stati inseriti i risultati delle regressioni per le sole variabili dipendenti, ovvero gli item dell'area Comportamento, sulle quali l'effetto della condizione traumatica è significativamente diverso a seconda del paese di provenienza. Tutte le regressioni sono state costruite nel seguente modo: come variabili dipendenti sono stati considerati gli item dell'area Comportamento mentre come variabili indipendenti sono state utilizzate le singole definizioni di trauma più le interazioni tra la definizione di trauma e il paese di provenienza. I coefficienti su cui concentrare l'attenzione riguardano dunque le interazioni tra la presenza del vissuto traumatico e i paesi di provenienza. In tutte le regressioni, la situazione da considerare come riferimento per la lettura dei coefficienti è la presenza del vissuto traumatico congiuntamente alla categoria Altro quale paese di provenienza (1#Altro); come si è detto, i paesi che vi rientrano si trovano prevalentemente nell'Africa subsahariana.

Tabella 8. Regressioni tra vissuto traumatico nel paese di origine e i sintomi dell'area del comportamento.

Variabili indipendenti	Variabili dipendenti	
	Incubi	Non riesce a evitare di avere pensieri fissi e ripetitivi
Traumi nel paese di origine	1.01***	1.25***
Traumi nel paese di origine#Paese di provenienza:		
0#Egiziana	0.18	0.38***
0#Kossovara	-0.05	0.17
0#Marocchina	-0.05	-0.05
0#Altro	-0.05	0.95
1#Albanese	-0.95	-1.20***
1#Egiziana	-0.74***	-0.47*
1#Kossovara	-1.06***	0.69***
1#Marocchina	-1.06***	-0.98***
1#Altro	(omesso)	(omesso)
_cons	0.05	0.05
Numero di osservazioni	123	123
Pseudo R-quadro	0.269	0.295

* $p < 0,10$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,001$

Per quanto riguarda il vissuto traumatico nel paese d'origine, l'analisi di regressione evidenzia un impatto di tali esperienze traumatiche significativamente diverso a seconda del paese di provenienza sull'insorgere di incubi (Coef. = 1,01; $p < 0,001$) e sul non riuscire a evitare di avere pensieri fissi ripetitivi (Coef. = 1,25; $p < 0,001$), con un effetto della condizione traumatica più alto per i minori provenienti dall'area subsahariana (nostra categoria di riferimento) rispetto ai minori provenienti dagli altri paesi. Per quanto riguarda l'aver incubi, tutte le nazionalità registrano coefficienti di segno negativo rispetto alla categoria di riferimento, mentre l'effetto sul non riuscire a evitare di avere pensieri fissi e ripetitivi appare di segno negativo, rispetto alla categoria di riferimento, in tutte le nazionalità a eccezione dei minori provenienti dal Kosovo, che sembrano avere un effetto del trauma più marcato rispetto a quello dei provenienti dall'area subsahariana (Coef. = 0,69; $p < 0,001$).

L'analisi di regressione tra l'esposizione a esperienze di separazioni prolungate e/o lutti precedenti alla migrazione e i sintomi dell'area comportamento ha evidenziato un effetto sull'aver paura di specifiche situazioni (Coef. = 0,85; $p < 0,001$); tale effetto è più elevato tra chi proviene dall'area subsahariana rispetto agli altri paesi di provenienza (Tabella 9).

Tabella 9. Regressioni tra l'esposizione a separazioni e/o lutti prima della migrazione e i sintomi nell'area del comportamento.

Variabili indipendenti	Variabile dipendente
	Ha paura di specifiche situazioni
Esposizione a esperienze di separazioni prolungate e/o lutti precedenti alla migrazione	0.85***
Esperienze di separazione o lutti#Paese di provenienza:	
0#Egiziana	0.22*
0#Kossovata	-0.05
0#Marocchina	-0.05
0#Altro	-0.05
1#Albanese	-0.93***
1#Egiziana	-0.65*
1#Kossovata	
1#Marocchina	-0.93***
1#Altro	(omesso)
_cons	0.08
Numero di osservazioni	123
Pseudo R-quadro	0.179

* $p < 0,10$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,001$

L'interazione tra il vivere traumi fisici e il paese di provenienza sembra avere effetto su un maggior numero di sintomi dell'area Comportamento rispetto agli altri traumi analizzati: l'aver vissuto traumi fisici sembra infatti avere effetto sulla possibilità di sviluppare incubi, pensieri fissi e ripetitivi, paura di specifiche situazioni, sospetto e repentini cambiamenti di umore (vedi Tabella 10 per i coefficienti di regressione). Tale effetto è significativamente diverso a seconda del paese di provenienza: infatti, prendendo come categoria di riferimento chi ha avuto traumi e proviene dall'Africa subsahariana (1#Altro), i minori con trauma provenienti da Albania, Egitto e Marocco registrano tutti coefficienti di regressione negativi per tutti i sintomi riportati in tabella; questo evidenzia un effetto inferiore del trauma fisico rispetto alle variabili relative all'area Comportamento rispetto a quanto avviene per i minori appartenenti alla categoria di riferimento (vedi Tabella 10).

Tabella 10. Regressioni tra la presenza di traumi fisici e i sintomi dell'area del comportamento.

Variabili indipendenti	Variabili dipendenti				
	Incubi	Non riesce a evitare di avere pensieri fissi e ripetitivi	Ha paura di specifiche situazioni	È sospettoso	Ha repentini cambi dell'umore
Traumi fisici	1.38***	1.66***	0.91***	1.40***	1.07***
<i>Traumi fisici#Paese di provenienza:</i>					
0#Egiziana	0.19***	0.43***	0.16	0.54***	0.45***
0#Kossovava	0.00	0.36	0.14	-0.13	-0.08
0#Marocchina	0.00	-0.09	-0.09	-0.35***	-0.10
0#Altro	0.75**	1.04***	0.66	0.53	0.57**
1#Albanese	-0.98***	-1.75***	-1.00***	-1.35***	-1.38***
1#Egiziana	-0.63	-0.63*	-0.38	-0.89**	-0.63*
1#Kossovava					
1#Marocchina	-1.38***	-1.25***	-1.00***	-1.25***	-0.38
1#Altro	(omesso)	(omesso)	(omesso)	(omesso)	(omesso)
_cons	0.00	0.09	0.09	0.35***	0.30**
Numero di osservazioni	120	120	120	119	123
Pseudo R-quadro	0.355	0.355	0.184	0.255	0.184

* $p < 0,10$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,001$

Infine, le condizioni del viaggio fortemente traumatiche risultano avere un effetto sullo sviluppo di incubi, la paura di specifiche situazioni e il non riuscire a evitare pensieri ripetitivi (vedi Tabella 11), e tale effetto risulta più elevato in chi proviene dall'area subsahariana rispetto ad altri paesi di provenienza: i coefficienti di regressione per i minori che hanno vissuto condizioni di viaggio fortemente traumatiche ma provengono da altri paesi risultano tutti significativi e con segno negativo, sebbene con intensità differenti (Tabella 11).

Tabella 11. Regressioni tra le condizioni fortemente traumatiche del viaggio e i sintomi dell'area del comportamento.

Variabili indipendenti	Variabili dipendenti		
	Incubi	Ha paura di specifiche situazioni	Non riesce a evitare di avere pensieri fissi e ripetitivi
Condizioni del viaggio fortemente traumatiche	0.92***	0.85***	1.20***
Condizioni traumatiche del viaggio#Paese di provenienza:			
0#Egiziana	0.02	-0.03	0.32**
0#Kossovava	-0.08	0.12	0.32
0#Marocchina	-0.08	-0.08	0.17
0#Altro	0.67	0.17	1.17***
1#Albanese	-1.00***	-0.92***	-1.29***
1#Egiziana	-0.65**	-0.50**	-0.59**
1#Kossovava			
1#Marocchina	-1.00***	-0.93***	-1.29***
1#Altro	(omesso)	(omesso)	(omesso)
_cons	0.08	0.08	0.08
Numero di osservazioni	123	123	123
Pseudo R-quadro	0.245	0.202	0.239

* $p < 0,10$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,001$

La prima evidenza delle regressioni riguarda la sintomatologia dell'area Comportamento, rispetto alla quale si osservano differenze in base al paese di provenienza.

Gli item più ricorrenti sono:

- i disturbi del sonno e, in particolare, la presenza di incubi;
- la presenza di pensieri fissi e ossessivi;
- la presenza di tratti fobici e la paura di specifiche situazioni.

Anche gli altri item per cui si osservano differenze significative afferiscono all'ambito della sintomatologia internalizzante: cambiamenti di umore e tratti persecutori.

Rispetto a tale sintomatologia, le regressioni evidenziano non soltanto un impatto delle esperienze traumatiche (già discusso nella prima parte dell'analisi), ma anche una differenza significativa nell'impatto delle esperienze traumatiche a seconda del paese di provenienza dei minori. In dettaglio, la significatività dei coefficienti porta a concludere che per i minori provenienti dai paesi categorizzati nella voce Altro, tendenzialmente paesi dell'Africa subsahariana, l'effetto della condizione traumatica è più alto rispetto ai minori provenienti dagli altri paesi. In altre parole, per questi paesi non è più alta soltanto l'incidenza della condizione traumatica (come visto nel Grafico 2), ma anche l'intensità della stessa condizione, che a sua volta si riflette in un rischio mediamente più alto sulla sintomatologia descritta.

Un'ulteriore approfondimento analitico, proposto di seguito, riguarda la significatività dei differenziali di intensità dei comportamenti a rischio a seconda della presenza o meno di un'esperienza traumatica multipla, definita come presenza congiunta di almeno due definizioni di trauma tra quelle fin qui utilizzate. Un primo aspetto che emerge è legato al maggior numero di item per cui si osserva una differenza di intensità del rischio sulla base della presenza o meno di più fonti di trauma. Da un punto di vista quantitativo ciò indica che il vissuto multitraumatico riesce a discriminare maggiormente il campione rispetto ai livelli di rischio associati a ciascun item dell'area Comportamento (vedi Tabella 12).

Tabella 12. Relazione tra sintomi dell'area del comportamento e presenza di un vissuto multi-traumatico – valori medi del livello di rischio per singolo item nei due gruppi (scala valori: 0 = “nessun rischio”; 2 = “rischio elevato”).

Item dell'area comportamento	Presenza di più fonti di trauma		
	No	Si	Diff.
Difficoltà nell'addormentamento	0.33	0.9	0.57*
Incubi	0.06	0.62	0.56*
Non riesce a evitare di avere pensieri fissi e ripetitivi	0.31	0.85	0.54*
È sospettoso	0.51	0.98	0.47
Ha continui cambi dell'umore	0.41	0.87	0.46*
Pensa che gli altri ce l'abbiano con lui	0.47	0.88	0.41*
Difficoltà nel risveglio	0.42	0.79	0.37*
Ha paura di specifiche situazioni	0.14	0.5	0.36*
Agisce senza riflettere o senza apparente considerazione per le conseguenze negative delle proprie azioni	0.83	1.17	0.34*
Assume solo alcuni cibi	0.42	0.75	0.33*
Sente o vede cose che altre persone non vedono o sentono	0.01	0.34	0.33*
Tende a preoccuparsi eccessivamente	0.52	0.85	0.33*
Non riesce a concentrarsi e/o a mantenere l'attenzione a lungo	0.82	1.12	0.30*
Tende a dormire di meno degli altri ragazzi	0.12	0.4	0.28*
Tende a dormire di più degli altri ragazzi	0.34	0.61	0.27*
Si sente eccessivamente colpevole	0.08	0.35	0.27*

*Valori significativi a un livello di significatività del 5%.

In dettaglio, le aree del comportamento su cui il vissuto multitraumatico ha un effetto significativo sono sostanzialmente le stesse rispetto a quanto osservato con le analisi delle singole definizioni di trauma. Quello che qui cambia è il livello delle differenze, mediamente più alto rispetto a quanto visto sopra. Le aree interessate sono quelle del sonno, della presenza di pensieri fissi e ossessivi, della presenza di tratti paranoici o psicotici (disturbi del pensiero e della concentrazione); coerentemente con quanto detto sopra, non si rilevano relazioni significative tra il vissuto multitraumatico e la sfera delle autonomie, della sessualità, dell'alimentazione e del consumo di sostanze.

Relazione tra i segnali di rischio nell'area Adattamento al nuovo contesto e la presenza di esperienze traumatiche

Considerando i differenziali osservati nell'intensità dei segnali di rischio nell'area dell'adattamento al nuovo contesto tra i minori stranieri non accompagnati con e senza traumi pregressi, non emerge una significatività rilevante delle relazioni tra presenza di traumi e segnali di rischio nell'adattamento al nuovo contesto.

La Tabella 13 mostra i soli item per i quali si osservano differenze significative, nell'area dell'adattamento al nuovo contesto, tra chi ha vissuto e chi non ha vissuto le varie esperienze traumatiche, a seconda della tipologia di trauma considerata.

Tabella 13. Relazione tra i sintomi dell'area di adattamento al nuovo contesto e la presenza di un vissuto traumatico – valori medi del livello di rischio per singolo item nei due gruppi (scala valori: 0 = “nessun rischio”; 2 = “rischio elevato”).

Item dell'area adattamento	Traumi nel paese di origine		
	No	Si	Diff.
È tendenzialmente oppositivo (con gli adulti)	0.42	0.71	0.29*
È selettivo nelle attività	0.8	1.07	0.27*
È sfidante e oppositivo alle regole	0.42	0.69	0.27*
Tende ad instaurare legami conflittuali	0.46	0.71	0.25*
Item dell'area adattamento	Traumi fisici		
	No	Si	Diff.
È selettivo nelle attività	0.85	1.22	0.37*
Item dell'area adattamento	Condizioni del viaggio fortemente traumatiche		
	No	Si	Diff.
È tendenzialmente oppositivo (con gli adulti)	0.38	0.75	0.37*
Ha un'idea realistica del proprio futuro	1.11	1.4	0.29*

*Valori significativi a un livello di significatività del 5%.

Si nota come coloro che hanno subito dei traumi nel paese di origine siano maggiormente oppositivi con gli adulti, più selettivi nella attività, più oppositivi e sfidanti rispetto alle regole da rispettare, più propensi degli altri a instaurare relazioni conflittuali. Va sottolineato come l'intensità delle differenze osservate, seppur significativa, sia comunque inferiore a quanto osservato per l'area del comportamento.

Non si rilevano segnali di rischio nell'area Adattamento discriminanti tra i due gruppi di minori stranieri non accompagnati, definiti sulla base dell'esposizione a separazioni prolungate o a lutti nel paese di origine.

Una tendenza alla selettività delle attività proposte dal nuovo contesto è l'unico effetto significativo correlato alla presenza di traumi fisici.

Infine, guardando all'effetto delle condizioni traumatiche del viaggio migratorio sui segnali di rischio dell'area Adattamento, le uniche differenze significative riguardano il rapporto oppositivo nei confronti degli adulti e la capacità di pensare in maniera realistica al proprio futuro.

Come per l'area del Comportamento, è stata svolta l'analisi controllando per paese di provenienza e poi prendendo in esame la definizione di vissuto multitraumatico. I valori bassi osservati per le significatività delle relazioni non mutano, né controllando per paese di provenienza, né utilizzando come variabile discriminante la presenza di più fonti di traumi.

Al di là delle considerazioni desumibili dai valori contenuti nella Tabella 13, non sembra quindi possibile definire un pattern chiaro per le relazioni tra presenza di esperienze traumatiche e segnali di rischio nell'area dell'Adattamento al nuovo contesto.

Discussione e conclusioni

Il presente studio conferma quanto evidenziato dalla letteratura rispetto alla maggiore fragilità e vulnerabilità dei ragazzi che affrontano un viaggio migratorio da soli in adolescenza. È necessario premettere che l'analisi effettuata presenta alcuni limiti e criticità legati soprattutto alle caratteristiche dello strumento utilizzato. In primo luogo, la GOSR, essendo una griglia di osservazione descrittiva compilata dagli educatori delle comunità socioeducative, non è uno strumento autodescrittivo; tiene quindi conto del vertice osservativo del contesto educativo (équipe educative della comunità) e, per il momento, non comprende il punto di vista del ragazzo. In secondo luogo, lo strumento GOSR non è ancora stato validato esternamente e non è dunque al momento confrontabile con strumenti di altro tipo. Tali riflessioni hanno contribuito a procedere con ulteriori ricerche, attualmente in corso.

Inoltre, è in corso una integrazione dello strumento su alcune aree di funzionamento significative, quali un approfondimento sulle dipendenze e sull'utilizzo di sostanze.

Tenendo conto dei limiti sopra indicati, si può comunque affermare che, dai risultati emersi, il nostro campione di minori stranieri non accompagnati con vissuti traumatici presenta maggiori aspetti di problematicità,

e quindi di rischio psicopatologico, nell'area del comportamento rispetto all'area dell'adattamento a un nuovo contesto, e questo, sia per quanto riguarda gli aspetti relazionali, sia per quel che concerne il rispetto delle regole della struttura ospitante. In quest'ultima area si osservano in particolare problematiche relative alle difficoltà relazionali, quali opposizione alle regole e agli adulti, legami conflittuali, selettività nelle attività proposte.

Nei minori che hanno vissuto eventi stressanti e potenzialmente traumatici nelle storie di sviluppo e nei minori che hanno affrontato viaggi migratori particolarmente stressanti e potenzialmente traumatici si riscontra una presenza significativa di segnali di rischio legati a una possibile evoluzione verso tratti sintomatologici. In particolare, gli item maggiormente correlati con i vissuti traumatici risultano essere quelli riferiti a una sintomatologia su un versante internalizzante piuttosto che esternalizzante.

I minori del nostro campione con vissuti traumatici sono più propensi a sviluppare difficoltà nell'area del sonno, ovvero presenza di incubi o difficoltà nell'addormentamento, alimentazione sregolata, preoccupazioni eccessive e difficoltà di attenzione. Si riscontra, invece, una minore correlazione tra presenza di vissuti traumatici e tratti aggressivi, che appaiono significativi solo per i soggetti che hanno avuto esperienze traumatiche legate al viaggio migratorio.

Un ulteriore approfondimento riguardante le differenze nei MSNA con diversa nazionalità ha evidenziato la presenza di maggiori traumi e traumi multipli (presenti nella storia di sviluppo e nel viaggio migratorio) per la popolazione proveniente dalle zone dell'Africa subsahariana. Questa popolazione presenta, inoltre, una maggiore presenza di incubi, paure di specifiche situazioni e pensieri fissi.

Questa prima analisi dei dati raccolti attraverso lo strumento GOSR evidenzia, in linea con quanto sottolineato dalla letteratura, sia nell'area dell'adattamento al nuovo contesto sia in quella del comportamento segnali di rischio per i MSNA che hanno vissuti traumatici nella propria storia anamnestica e migratoria, a conferma della vulnerabilità di tale popolazione. I pattern comportamentali evidenziati fanno presumere che i vissuti potenzialmente traumatici e stressanti colti nella parte anamnestica svolgano un ruolo importante nel funzionamento del minore e nel suo adattamento al nuovo contesto di vita, andando ad aggiungere una complessità maggiore in situazioni già di per sé fragili. In molti casi, la configurazione dei sintomi presenti nei MSNA che presentano tali problematiche richiede un approfondimento diagnostico per valutare la presenza di un franco disturbo da stress post-traumatico o di diagnosi differenziali, sia con altri disturbi di adattamento, sia con altri quadri psicopatologici. Tuttavia, anche prima di un accesso ai servizi specialistici, un'osservazione attenta e condivisa sul minore da parte delle nuove figure di riferimento può rappresentare uno strumento prezioso per fornire interventi precoci e mirati e favorire un adattamento più armonico dei minori nel nuovo contesto di vita.

Ringraziamenti

Si ringrazia l'équipe dell'Area Migrazione, UONPIA, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico: dott.ssa Sofia Trezzi, dott.ssa Paola Maffei, dott.ssa Giulia Chitolina, dott.ssa Laura Marando, dott.ssa Laura Bernardini, dott.ssa Silvia Beghelli, dott.ssa Chiara Bellantoni, dott.ssa Chiara Zandrini, dott.ssa Chiara Fornoni, Dott.ssa Martina Vardaro, dott. Stefano Piccioni, dott. Moreno De Zolt Ponte, Ass. Soc. Franca Carminati, dott.ssa Giovanna Minniti, dott.ssa Eva Toccagni, dott.ssa Ginevra Torlasco, dott.ssa Francesca Bruno, dott.ssa Stefania Cristina. Si ringraziano la dott.ssa Dina Garroni e la dott.ssa Giovanna Pizzinato per l'importante contributo a tutto il lavoro di stesura della griglia.

Si ringraziano la dott.ssa Vittoria Ardino, presidente SISST, che forma e supervisiona la nostra équipe clinica, e i partecipanti al tavolo comunità socioeducative sulla cura del trauma e sui disturbi correlati al trauma .

Si ringraziano le comunità socioeducative che hanno partecipato attivamente alla costruzione dello strumento e in particolare: Fondazione Casa del Giovane La Madonnina, Istituti Milanesi Martinitt e Stelling (IMMES), Comunità Oklahoma ONLUS, Comunità KAYROS ONLUS, Fondazione Fratelli di San Francesco d'Assisi onlus, SOS Giovani onlus e tutte le comunità socioeducative in convenzione con il Comune di Milano che hanno partecipato al tavolo e alla compilazione e hanno dato un contributo importante nelle formazioni e supervisioni.

Si ringrazia il terzo settore e in particolare la Fondazione l'Aliante e la Cooperativa Terrenuove, che hanno contribuito alla discussione e alla stesura della GOSR all'interno del tavolo di lavoro.

Chi fosse interessato a visionare lo strumento e a un eventuale utilizzo, può fare richiesta inviando una mail a migrazione.npia@gmail.com.

Barbara Dal Lago, Servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza dell'Ospedale Maggiore Ca' Granda Policlinico di Milano.

Chiara Berrini, Servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza dell'Ospedale Maggiore Ca' Granda Policlinico di Milano.

Rossana Mazzoni, Servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza dell'Ospedale Maggiore Ca' Granda Policlinico di Milano.

Andrea Trapani, CODICI | Ricerca e intervento.

Cecilia Pennati, CODICI | Ricerca e intervento.

Francesco Fattori, CODICI | Ricerca e intervento.

Antonella Costantino, Servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza dell'Ospedale Maggiore Ca' Granda Policlinico di Milano.

Bibliografia

American Psychiatric Association (2014), *DSM-5, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

- Achenbach T. (1991), *Sistema per la valutazione multiassiale su base empirica: child behavior checklist- youth self-report- teacher's report-form ASEBA*, <https://emedea.it/medea/it/istituto-it/strumenti-aseba>
- ANPAL Servizi (2018), *La presenza dei migranti nella città metropolitana di Milano*, Direzione Generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione – Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, www.integrazionemigranti.gov.it
- Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Maisano B. e Geraci S. (2013), *Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study*, “Annali dell'Istituto Superiore di Sanità”, 49, 169-175.
- Baubet T. e Moro M.R. (2009), *Psicopatologia transculturale. Dall'infanzia all'età adulta*, Koiné, Roma.
- Bean T., Eurelings-Bontekoe E., Mooijaart A. e Spinhoven P. (2006), *Factors associated with mental health service need and utilization among unaccompanied refugee adolescents*, “Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research”, 33(3), 342-55.
- Bean T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert, E. e Spinhoven, P. (2007), *Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents*, “The Journal of nervous and mental disease”, 195(4), 288-297.
- J.M. Berry (1989), *The interest group society*, Scott Foresman, Glenview.
- Caldarozzi A. (a cura di), (2010), *Le dimensioni del disagio mentale nei richiedenti silo e rifugiati. Problemi aperti e strategie di intervento*, Varigrafica Alto Lazio, Nepi.
- Carlson B.E., Cacciatore K. e Klimek B., (2012), *A risk and resilience perspective on unaccompanied refugee minors*, “Soc. Work”, 57(3), 259-69.
- Caroppo E., Del Basso G. e Brogna P. (2014), *Trauma e vulnerabilità nei migranti richiedenti protezione internazionale*, “REMHU”, 43, 99-116.
- Celikakso A. e Wadensjö E. (2015), *Unaccompanied Minors and Separated Refugee Children in Sweden: An Outlook on Demography, Education and Employment*, IZA Discussion Papers 8963, IZA Institute of Labor Economics, <http://ftp.iza.org/dp8963.pdf>
- Charles L. e Denman K. (2013), *Syrian and Palestinian Syrian Refugees in Lebanon: the Plight of Women and Children*, “JIWS”, 14, 5.
- Connor D.F., Ford J.D., Arnsten A.F. e Greene C.A. (2015), *An update on posttraumatic stress disorder in children and adolescents*, “Clinical Pediatrics”, 54(6), 517-528.
- DeSocio J. e Hootman J. (2004), *Children's mental health and school success*, “J Sch Nurs”, 20, 189-96.
- Derluyn, I., Mels, C. e Broekaert, E. (2009), *Mental health problems in separated refugee adolescents*, “Journal of Adolescent Health”, 44, 291-297.
- Dipartimento Libertà Civili e Immigrazione, Ministero dell'Interno (2019), *Cruscotto statistico*, <http://www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/it/documentazione/statistica/cruscotto-statistico-giornaliero>

- Direzione Generale dell'Immigrazione e delle Politiche di Integrazione, Ministero del Lavoro e delle politiche sociali (2019), *I minori stranieri non accompagnati (MSNA) in Italia. Report di monitoraggio dati al 31 dicembre 2019*, www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/immigrazione/focus-on/minori-stranieri/Pagine/Dati-minori-stranieri-non-accompagnati.aspx
- Drozdek B. e Wilson J.P. (2007), *Voices of trauma: Treating Psychological Trauma Across Cultures*, Springer Science, New York.
- El Baba R. e Colucci E. (2017), *Post-traumatic stress disorders, depression, and anxiety in unaccompanied refugee minors exposed to war-related trauma: a systematic review*, "International Journal of Culture and Mental Health", 11, 2, 194-207.
- Fazel M., Reed R. V., Panter-Brick C. e Stein A. (2012), *Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors*, "The Lancet", 379(9812), 266-282.
- Finklestein M. e Zahava S. (2009), *Cumulative Trauma, PTSD and Dissociation Among Ethiopian Refugees in Israel*, "Journal of Trauma and Dissociation", 10(1), 38-56.
- German M., Gonzales N.A. e Dumka L. (2009), *Familism Values as a Protective Factor for Mexican-origin Adolescents Exposed to Deviant Peers*, "Journal of Early Adolescence", 29(1), 16-42.
- Girelli C. e Achille M. (2000), *Da istituto per minori a comunità educative. Un percorso pedagogico di de-istituzionalizzazione*, Erickson, Trento.
- Harris M.E. e Falloot R.D. (2001), *Using trauma theory to design service systems*, Jossey-Bass.
- Hassan G., Ventevogel P., Jeeff-Bahloul H., Barkil-Oteo A. e Kirmayer L.J. (2016), *Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict*, "Epidemiol Psychiatr Science", 25(2), 129-41.
- Hodes M., Jagdev D., Chandra, N. e Cunniff A. (2008), *Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 723-732.
- Huemer J., Karnik N. S., Voelkl-Kernstock S., Granditsch E., Dervic K., Friedrich M.H. e Steiner H. (2009), *Mental health issues in unaccompanied refugee minors*, "Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health", 3, 13.
- Jacobsen M., Demott M.A. e Heir T. (2014), *Prevalence of psychiatric disorders among unaccompanied asylum-seeking adolescents in Norway*, "Clinical Pract Epidemiol Ment Health", 10, 53-8.
- Jensen T.K., Skardalsmo E.M.B. e Fjermestad K.W. (2014), *Development of mental health problems—a follow-up study of unaccompanied refugee minors*, "Child Adolesc Psychiatry Ment Health", 8, 29.
- Mueser K.T., Goodman L.B., Trumbetta S.L., Rosenberg S.D., Osher F.C., Vidaver R., Auciello P. e Foy D.W. (1998), *Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness*, "J Consult Clin Psychol", 66(3), 493-9.
- Ranchetti G. (2015), *Il percorso identitario degli adolescenti di origine straniera tra culture affettive e identità culturali*, FrancoAngeli, Milano.

- Perfect M.M., Turley M.R., Carlson J.S., Yohanna J. e Saint Gilles, M.P. (2016), *School-related outcomes of traumatic event exposure and traumatic stress symptoms in students: A systematic review of research from 1990 to 2015*, "School Ment Health", 8, 7-43.
- Salari R., Malekian C., Linck L., Kristiansson R. e Sarkadi A. (2017), *Screening for PTSD symptoms in unaccompanied refugee minors: a test of the CRIES-8 questionnaire in routine care*, "Scandinavian journal of public health", 45(6), 605-611.
- Smid G.E., Lensvelt-Mulders G.J., Knipscheer J. W. Gersons, B.P. e Kleber R.J. (2011), *Late-onset PTSD in unaccompanied refugee minors: exploring the predictive utility of depression and anxiety symptoms*, "Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology", 40(5), 742-755.
- Sourander A. (1998), *Behavior problems and traumatic events of unaccompanied refugee minors*, "Child abuse & neglect", 22(7), 719-727.
- Tam S.Y., Houlihan S. e Melendez-Torres G.J. (2015), *A systematic review of longitudinal risk and protective factors and correlates for posttraumatic stress and its natural history in forcibly displaced children*, "Trauma, Violence e Abuse", 4, 377-395.
- Taurino A., Vergatti L.V., Colavitto M.T., Bastianoni P., Godelli S. e Del Castello E. (2012), *I minori stranieri non accompagnati tra trauma e riparazione. Uno studio su disturbo post-traumatico da stress, ansia, depressione e tendenze dissociative in giovani migranti risiedenti in comunità*, "Infanzia e Adolescenza", 11, 47-64.
- Vervliet M., Lammertyn J., Broekaert E. e Derluyn I. (2014), *Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors*, "European Child and Adolescent Psychiatry", 23, 337-46.
- Vervliet M., Meyer Demott M.A., Jakobsen M. e Broekaert E. (2014), *The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country*, "Scandinavian Journal of Psychology", 55, 33-7.
- UNICEF-UNCHR (2005), *Treatment of unaccompanied and separated children outside their country of origin*, Committee on the rights of the child, 39th session, 17 may-3 june 2005, <https://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/GC6.pdf>
- UNICEF (2016), *Annual Results Report*, UNICEF Publications.
- Whitfield J.B., Gillespie N.A., Williams B., Heath A.C. e Martin N.G. (2005), *The relationship between stressful life events, the serotonin transporter (5-HTTLPR) genotype and major depression*, "Psychological Medicine", 35(1), 101-11.

Emergenza Covid 19. Servizio di assistenza psicologica scolastica. Protocollo d'intesa tra il MIUR e il CNOP. Anno Scolastico 2020/2021

Un'esperienza pionieristica all'interno degli Istituti Comprensivi C. Colombo, Regina Elena e Selargius 2 di Cagliari

Riassunto

In questo articolo l'autrice si propone di descrivere l'esperienza sul campo relativa a un'attività di supporto psicologico a scuola per alunni, insegnanti, educatori, operatori scolastici e famiglie. Nello specifico verranno illustrate le buone prassi sviluppate insieme ai docenti e agli studenti e la modalità operativa utilizzata nel lavoro con i bambini più piccoli e con i più grandi, frutto della collaborazione, della motivazione, della creatività, delle proposte e del contributo di tutti gli attori coinvolti. La metodologia utilizzata, di supporto alla didattica secondo un modello psicoeducativo integrato, si è basata su vari spunti provenienti dalle discipline neuropsicologiche e pedagogiche con la finalità di favorire il benessere individuale e del gruppo, una normalità di vita all'interno dell'emergenza comunitaria ancora in corso, con un approccio orientato all'apprendimento cooperativo. Verrà descritto il lavoro di analisi dei bisogni all'interno della realtà scolastica, primo aspetto da considerare ed elemento fondamentale per la pianificazione dell'intervento, strumento essenziale per promuovere un efficace lavoro di squadra che consenta a tutti gli attori coinvolti, adulti e bambini, di valorizzare le proprie risorse all'interno del proprio contesto di vita. Verranno poi illustrate le differenti attività programmate nelle classi in risposta a quanto emerso dai vissuti dei protagonisti (bambini, ragazzi, insegnanti), dai bisogni che hanno espresso e dalle loro proposte per "star bene insieme a scuola". L'approccio metodologico utilizzato ha come centralità il costante riferimento al buon utilizzo degli strumenti a disposizione di tutti, "il cervello" e "il cuore", che nella realtà quotidiana, soprattutto in quella scolastica, vanno primariamente conosciuti nelle loro caratteristiche anatomiche e fisiologiche. Esse veicolano e determinano le manifestazioni comunicative, comportamentali e relazionali che possono facilitare o ostacolare il raggiungimento di una dimensione di piacere e benessere con i pari e con gli adulti di riferimento.

Parole chiave: emergenza, rientro a scuola, bambini, insegnanti, famiglie, ascolto, accoglienza, supporto psicologico, lavoro di squadra, narrazione, connessioni, alleanza educativa, benessere, collaborazione, apprendimento cooperativo, creatività, lavoro di gruppo, appartenenza.

Abstract

In this article, the author aims to describe the field experience relating to a psychological support intervention at school, aimed at pupils, teachers, educators, school workers and families. Specifically, the author will illustrate the best practices developed together with teachers and students as well as the working method used in working with younger and older children. This is the result of the collaboration, motivation, creativity, proposals and contribution of all the people involved. The methodology used to support teaching follows an integrated psychoeducational model and uses multiple ideas from neuropsychological and pedagogical disciplines with the aim of promoting individual and group well-being and a normality of life within the community in the ongoing emergency with a cooperative learning oriented approach.

The author will describe the needs analysis work done in the school, which is the first and most important aspect to be considered. It is a fundamental element for planning the intervention and an essential tool to promote effective teamwork, which allows all the people involved, adults and children, to value their own resources within their personal life context. The different activities planned in the classes will then be illustrated in response to what emerged from the experiences of the protagonists (children, teenagers, teachers), from the needs they expressed and from their proposals to help "feel good together at school". The methodological approach used has as its core the constant reference to the good use of the tools available to all, "the brain" and "the heart", which in everyday life, and in school life above all, are primarily to be known for their anatomical and physiological characteristics. They convey and determine the communicative, behavioural, and relational manifestations which can facilitate or hinder the achievement of a dimension of pleasure and well-being with peers and adults of reference.

Key words: emergency, back to school, children, teachers, families, listening, welcoming, psychological support, teamwork, storytelling, connections, educational alliance, well-being, collaboration, cooperative learning, creativity, teamwork, membership.

L'intento di questo articolo è condividere , attraverso la narrazione dell'esperienza sul campo, le buone prassi operative utilizzate in un lavoro appena concluso, che ha consentito di creare buone ed efficaci connessioni tra le persone coinvolte. Di seguito saranno illustrati i progetti presentati alle scuole. Pur seguendo la stessa progettazione dei contenuti e la stessa metodologia operativa, nelle tre differenti realtà scolastiche incontrate ho conosciuto insegnanti creativi e collaborativi che, con i loro contributi, hanno arricchito la proposta iniziale, rendendo il lavoro nelle classi unico e personalizzato in base alle molteplici situazioni che nell'esperienza viva con i bambini e i ragazzi ho potuto, con grande piacere e divertimento, incontrare.

Introduzione

L'intervento di consulenza psicologica scolastica è iniziato nel mese di dicembre 2020 e si è concluso nel mese di maggio 2021, per un totale di 360 ore: 120 ore per ognuno dei tre istituti comprensivi del Cagliariitano.

Dai primi incontri con le dirigenti scolastiche per condividere e concordare la modalità operativa, si è poi passati alla promozione del servizio offerto, attraverso la pubblicazione di un documento informativo sul sito della scuola a disposizione di tutti. Una prima fase organizzativa e di pianificazione del lavoro attraverso i primi colloqui con gli insegnanti ha consentito poi di avviare le attività specifiche rivolte ai gruppi classe. Ho ritenuto opportuno entrare in ogni classe, sia alla scuola primaria sia alla secondaria, e presentarmi personalmente agli alunni spiegando loro le finalità del servizio e le modalità di accesso. Questo passaggio è stato fondamentale per consentire loro, rientrando a casa, di spiegare ai genitori l'opportunità offerta dalla scuola ad alunni e famiglie, facilitando così la raccolta dei consensi genitoriali per il lavoro in classe e per i colloqui individuali con i genitori interessati e con i ragazzi della scuola secondaria. A seguire, ho iniziato a ricevere le richieste di genitori e insegnanti direttamente con chiamata telefonica o messaggi scritti. Sono infine stati elaborati e condivisi i progetti per il lavoro in classe. Di seguito vengono riprodotti i due modelli utilizzati.

Vediamo ora quali erano i progetti e, a seguire, le osservazioni sulla loro attuazione.

Progetto "Emozioni". Scuola dell'infanzia, anno scolastico 2020/2021

La scuola dell'infanzia è uno dei principali ambienti in cui il bambino costruisce la propria storia personale e sperimenta le relazioni con gli altri, proprio attraverso le emozioni e i primi sentimenti.

Se chiediamo a un bambino piccolo cosa sono le emozioni, ci guarderà e forse non saprà rispondere, anche se durante la giornata ne sperimenterà e ne vivrà moltissime.

Riteniamo che per favorire uno sviluppo armonico del bambino sia necessario un giusto equilibrio tra competenze cognitive ed emotive individuali che si manifestano attraverso modalità comunicative relazionali e comportamentali nel gruppo dei pari. La conoscenza delle emozioni e il rapporto equilibrato con esse migliorano la personalità del bambino, il clima della classe, il rapporto con le insegnanti e tra i bambini, ed è un sostegno alla crescita globale del bambino, cognitiva, affettiva, comportamentale e delle autonomie.

Con questo progetto vogliamo aiutare i bambini a dare VOCE e NOME alle proprie emozioni, per essere capaci di comprendere e condividere anche quelle altrui. È indispensabile aiutare il bambino a osservare, imparare a conoscere il proprio stato d'animo e acquisire la capacità di esprimersi con linguaggi diversi.

La proposta che facciamo a Voi genitori è quella di consentirci di intraprendere con i bambini un percorso educativo che, partendo dall'osservazione di sé, aiuterà il bambino a riconoscere ed elaborare le emozioni, cercare di raccontarle, disegnarle, colorarle, esprimerle nell'attività con tecniche diverse, nel gioco con il corpo, con l'ascolto di storie, con la musica e con attività creative laboratoriali.

È fondamentale, per favorire una crescita sana e armonica, aiutare il bambino a riconoscere e a comprendere il proprio stato d'animo: metterlo in grado di capire le proprie reazioni, siano esse negative o positive.

È importante riconoscere le proprie emozioni e imparare a controllarle, affinché i bambini crescano come persone equilibrate, in grado di comunicare ed esprimere ciò che sentono.

Parlare con i bambini di ciò che provano loro e di ciò che proviamo noi, li aiuta a capire che è normale sentirsi tristi, arrabbiati, felici o spaventati.

Finalità

Le finalità del progetto sono:

- favorire l'esplorazione e l'elaborazione del mondo emozionale e relazionale;
- sviluppare la conoscenza di sé e delle proprie capacità;
- favorire la conoscenza e l'espressione delle proprie emozioni e la comprensione di quelle altrui;
- riconoscere le differenze e valorizzarle come risorsa;
- favorire un approccio prosociale e collaborativi alla scuola ;
- sperimentare il piacere di stare a scuola insieme ai compagni e imparare ad aiutarsi reciprocamente.

Metodologia

Una prima fase è finalizzata a promuovere il piacere della lettura, prestando attenzione alla programmazione degli spazi e dei tempi, al fine di creare le condizioni favorevoli e confortevoli per consentire ai bambini di immergersi nella magia dell'ascolto delle storie lette dalle maestra e dall'esperta.

Una seconda fase prevede la rielaborazione dei contenuti in chiave emozionale. Traendo spunto dai personaggi e dai luoghi di ambientazione delle storie, i bambini saranno guidati alla scoperta delle emozioni proprie e altrui, riconoscendo il contesto che le determina e le caratteristiche di ognuna, siano esse piacevoli o spiacevoli. I bambini saranno inoltre aiutati ad acquisire strategie comportamentali idonee a gestire correttamente i diversi stati emotivi.

Una terza fase sarà momento di rielaborazione creativa dei contenuti mediante la didattica laboratoriale attraverso il fare, creare e rappresentare il proprio mondo interno. I bambini potranno narrare i propri vissuti; essi saranno verbalizzati dalle maestre sulla scheda da loro colorata, che rappresenta l'emozione del giorno sulla quale i bambini hanno lavorato. Potranno inoltre eseguire disegni spontanei per rappresentare graficamente la parte della storia che gli è piaciuta di più.

Verifica

La verifica delle abilità e delle competenze raggiunte verrà effettuata in itinere, attraverso l'osservazione occasionale e sistematica di due categorie di elementi:

- i comportamenti dei bambini durante le attività di ascolto, produzione, relazione e comunicazione – siano esse condotte in piccolo gruppo di livello omogeneo o in un gruppo allargato eterogeneo per età;
- gli elaborati realizzati dai bambini spontaneamente e su richiesta.

Progetto “Star bene insieme a scuola. Agenda 2030. Dal macrocosmo (ambiente/ pianeta) al microcosmo (la mia classe)”. Scuola primaria e secondaria di primo grado, anno scolastico 2020/2021

In linea con gli obiettivi trasversali della programmazione didattica curriculare e con gli obiettivi specifici dello sportello d'ascolto, si punterà a:

- promuovere una alleanza educativa scuola-famiglia;
- valorizzare le risorse presenti in tutta la popolazione scolastica;
- sviluppare resilienza e mantenere un clima positivo di benessere a scuola per gestire al meglio le criticità legate all'emergenza Covid ancora presente;
- fornire un intervento scolastico di ascolto e di supporto psicologico;
- migliorare la qualità della vita a scuola con risvolti positivi anche a casa;
- accrescere il senso di efficacia personale e di autostima degli alunni e degli insegnanti;
- favorire e sviluppare la motivazione e il piacere di insegnare e apprendere.

Contesto di partenza e destinatari

Il progetto coinvolgerà gli studenti della classe ... (classe omessa) in collaborazione con le insegnanti ... (nomi omessi).

L'approccio metodologico, di carattere laboratoriale, e la rilevanza dei grandi temi della contemporaneità affrontati dall'Agenda 2030 delle Nazioni Unite rivestono carattere di peculiare interesse per uno sviluppo delle competenze trasversali di ogni studente, necessarie a una formazione completa e coerente.

Finalità

- Promuovere la motivazione allo studio e prevenire l'abbandono scolastico.
- Favorire l'utilizzo di modalità di apprendimento flessibili ed equivalenti sotto il profilo culturale ed educativo, che colleghino sistematicamente la formazione in aula con l'esperienza pratica.
- Arricchire la formazione acquisita nei percorsi scolastici e formativi con l'acquisizione di competenze trasversali necessarie per il benessere nella vita quotidiana.
- Affiancare e orientare i bambini/ragazzi per valorizzarne le attitudini e vocazioni personali, gli interessi e gli stili di apprendimento individuali.
- Sviluppare nei bambini/ragazzi la consapevolezza di sé e l'acquisizione di modalità comunicativo-relazionali prosociali attraverso l'apprendimento cooperativo e il supporto dei pari.
- Correlare l'offerta formativa allo sviluppo individuale culturale e sociale dell'alunno all'interno della comunità di appartenenza e del territorio.

Metodologia

Le attività proposte saranno concordate con i docenti e saranno trasversali e integrate con la programmazione didattica prevista. La presenza in classe della psicologa (dottoressa Cossu) sarà funzionale e di supporto alla gestione delle dinamiche di gruppo. I contenuti delle attività avranno come filo conduttore la valorizzazione delle diversità e la consapevolezza di sé e dei comportamenti adeguati per poter comunicare e relazionarsi con gli altri in un contesto di apprendimento che favorisca il benessere del gruppo classe e il piacere di stare insieme nonché di imparare attraverso l'apprendimento cooperativo e il supporto reciproco.

I giorni destinati alla classe saranno concordati con la professoressa ... (nome omesso) e i docenti del consiglio di classe per un minimo di quattro incontri a partire dal ... (data omessa). Successivamente, sarà possibile estendere il progetto con ulteriori attività in base alle esigenze che potranno emergere da parte degli alunni e/o dei docenti del consiglio di classe, nonché in base alla disponibilità oraria della dottoressa Cossu.

Modulo operativo sportello d'ascolto

È stato attivato uno sportello di ascolto per genitori, in forma individuale. I genitori sono stati accolti e ascoltati in un setting “nuovo”, nel rispetto delle limitazioni che impedivano lo svolgersi dei colloqui all'interno della struttura scolastica. Lo spazio d'ascolto si è così caratterizzato come una location innovativa: seduti sulle panchine nei giardini adiacenti alla scuola; in piedi, passeggiando con gli ombrelli aperti sotto la pioggia; in casi eccezionali, all'interno dell'auto. Il lavoro di supporto, rivolto sia alle mamme che ai papà, si è focalizzato sulla valorizzazione delle risorse familiari per la gestione e il fronteggiamento delle situazioni problematiche presentate dai figli sia a casa che a scuola. Il mantenimento della routine al tempo del Covid e l'attenzione al proprio benessere e ai propri bisogni per prendersi cura dei propri figli al meglio è stata una delle tematiche maggiormente affrontate. Il mantenere un ruolo educativo coerente, che fosse al tempo stesso autorevole e flessibile per le continue richieste di adattamento della situazione contingente, è stato un elemento trasversale e protagonista delle consulenze di supporto alla genitorialità. Alcune famiglie hanno fatto i conti con situazioni di separazione dei coniugi e ricerca di nuovi equilibri familiari, in presenza anche di bambini e ragazzi con difficoltà negli apprendimenti scolastici e problematiche comportamentali, non certificati. Il lavoro con i genitori ha permesso inoltre, in alcuni casi, di evidenziare in modo accogliente e supportivo gli aspetti clinici emersi nell'osservazione delle problematiche manifestate e riferite direttamente dai figli; talvolta le famiglie più sensibili e interessate ad approfondire quanto segnalato sono state guidate verso un approfondimento, di competenza del neuropsichiatra infantile, in modo da poter offrire al proprio figlio eventuali percorsi educativi e di apprendimento in linea con i suoi bisogni specifici.

Lo sportello d'ascolto per i ragazzi ha rappresentato un ponte tra il lavoro nei gruppi classe e i colloqui con i genitori. In alcuni casi la conoscenza individuale allo sportello è stata il motivo che ha portato a strutturare in classe un lavoro con il gruppo che potesse favorire la creazione di momenti di apprendimento programmati per rispondere alle difficoltà segnalate dai singoli. In altri casi, invece, iniziando prima il lavoro in classe e fornendo ai ragazzi i giusti stimoli per far emergere il loro vissuto all'interno del gruppo, si aprivano spazi di ascolto e consapevolezza che li portavano poi alla richiesta di un colloquio individuale. Uno dei temi trattati è stato quello della gestione dell'ansia – parola passepartout spesso utilizzata impropriamente di ragazzi che manifestano grosse difficoltà nella consapevolezza di sé e nel riconoscimento dei propri stati emotivi. Altro argomento affrontato, le relazioni con i pari e con gli insegnanti, ancora più difficili in un anno scolastico come questo, con l'alternanza tra la didattica a distanza (DAD) e la didattica in presenza. Il rispetto reciproco, l'utilizzo di una comunicazione propositiva e prosociale e il rispetto delle regole hanno rappresentato la base per costruire insieme percorsi di apprendimento efficaci e funzionali al raggiungimento del benessere individuale e del gruppo.

Attività in classe

Modulo scuola dell'infanzia

Questo modulo alla scuola dell'infanzia è stato particolarmente entusiasmante e arricchente, sia perchè i piccoli studenti hanno accolto la nuova "maestra" e le attività proposte con grande gioia e partecipazione, sia perchè le insegnanti hanno contribuito in modo molto creativo ed estroso alla realizzazione del progetto con il loro personale e fantasioso apporto. Le attività con i più piccoli sono state ben strutturate, in linea con l'ordinaria programmazione quotidiana. La fase iniziale di lettura della storia, sempre con il tema centrale delle emozioni, era il fulcro del lavoro, seguita poi da una parte di discussione insieme ai bambini, che apportavano il loro personale contributo sull'emozione in questione (per es., "Io sono felice quando..."). Successivamente, i bambini venivano suddivisi in piccoli gruppi (da tre a cinque componenti) e impegnati in attività pratiche sul tema delle emozioni, come il puzzle delle emozioni, le faccine a incastro, i magneti delle emozioni e le schede operative da colorare e verbalizzare con l'aiuto delle maestre (io sono triste quando, io mi arrabbio quando). Tra un incontro e l'altro, le maestre portavano avanti il lavoro, compatibilmente con le esigenze quotidiane, con ulteriori attività di approfondimento sull'emozione, offrendo ai bambini molti altri stimoli e occasioni di sperimentazione, dando loro modo di allargare l'interesse e la motivazione sulla tematica per renderla familiare e applicabile a tutti i contesti di vita, a scuola e a casa. I piccoli hanno così imparato a conoscere e comprendere maggiormente le emozioni proprie e altrui, e ora sono maggiormente in grado di autoregolarle e trasformarle perchè hanno capito che non sono fisse ma che possono cambiare ("Maestra ho fatto la magia, ho trasformato la rabbia in tristezza" . "Bravo. Adesso prova a trasformare la tristezza in serenità").



Un momento del lavoro di gruppo alla scuola dell'infanzia.



Esempio di materiali utilizzati nella scuola dell'infanzia per l'elaborazione dei contenuti in chiave emozionale.

Modulo scuola primaria e secondaria

Questo modulo operativo si è sviluppato attraverso il supporto e l'affiancamento ai docenti per la gestione della classe in presenza di alunni con bisogni educativi speciali. In linea con gli obiettivi trasversali dell'Agenda 2030 dell'ONU "Educare alla cittadinanza e alla sostenibilità nella scuola della realtà", si è pensato a un progetto che coinvolgesse gli studenti della scuola primaria e secondaria come protagonisti del "microcosmo classe", promuovendo e valorizzando nell'attività della vita scolastica quotidiana la creazione di un ecosistema di benessere individuale e di gruppo, con un coinvolgimento attivo e responsabile da parte dei ragazzi. Tale progetto è stato condiviso e sviluppato in collaborazione con i docenti e ha visto i ragazzi impegnati in un percorso di consapevolezza di sé e delle proprie emozioni e di assunzione di responsabilità per i propri comportamenti. A partire dal vissuto individuale di appartenenza al gruppo classe, i ragazzi sono stati invitati a fare delle proposte per migliorare la situazione dal proprio punto di vista e stimolati a individuare un obiettivo personale come contributo individuale da offrire responsabilmente al gruppo a vantaggio del benessere di tutti. Il percorso si è poi sviluppato individuando le attività più in linea con i bisogni emersi.

È stato fatto un solo intervento alla scuola primaria, in una classe quinta, con l'obiettivo di favorire nei bambini la consapevolezza di sé e un "bilancio di competenze in uscita" attraverso lo scambio e il confronto fra pari. Il lavoro ha permesso di affrontare diverse criticità relazionali e conflitti ancora presenti, offrire ai bambini uno spazio di ascolto di sé e dell'Altro, favorire l'accettazio-

ne delle diversità e consolidare i rapporti interpersonali e di amicizia. Il progetto “Star bene insieme a scuola” si è integrato con la programmazione didattica e ha permesso di affrontare le situazioni critiche contingenti che erano motivo di disagio per i bambini con un lavoro di approfondimento sulla lezione prevista (per es., “I sette re di Roma”).

Nelle classi prime e seconde della scuola secondaria di primo grado è emerso un grande interesse da parte dei ragazzi e un grande bisogno di ascoltarsi ed essere ascoltati, come anche di avere uno spazio di confronto e condivisione tra pari con la guida dell’adulto. Sono stati approfonditi i temi della comunicazione e delle diversità. Sono stati forniti spunti affinché i ragazzi si confrontassero tra loro sui valori dell’amicizia e del rispetto reciproco attraverso la lettura di storie e un momento di riflessione guidata, in cui hanno potuto condividere il proprio punto di vista e i propri vissuti e confrontarsi con i pari rileggendo la storia narrata in termini concreti e riferiti alla propria realtà scolastica quotidiana. Sono state inoltre analizzate le emozioni di base, nei tre livelli di pensiero, vissuto emotivo e comportamento, secondo il modello ABC delle emozioni. I ragazzi hanno potuto apprendere e comprendere l’importanza di ascoltare e ascoltarsi, dare il giusto nome ai propri vissuti emotivi e, attraverso il confronto e la condivisione delle esperienze in classe, trovare insieme e sviluppare strategie di fronteggiamento delle situazioni che fossero funzionali al raggiungimento del massimo benessere auspicabile, per il singolo e per il gruppo, e prevenire il disagio.

Con la classe terza, il lavoro, a partire sempre dall’analisi dei bisogni, si è concentrato sulla valorizzazione delle qualità/abilità possedute dai ragazzi in uno scambio tra compagni con la guida dell’adulto. È stata utilizzata una modalità molto gradita (un modulo Google) dove ognuno ha potuto esprimere la sua personale estimazione verso i compagni. Con le schede cartacee strutturate hanno invece potuto evidenziare i cambiamenti osservati nei compagni durante il triennio e approfondire i valori dell’amicizia e del rispetto reciproco. I contenuti espressi sono stati utilizzati come spunti per la realizzazione di un prodotto finale, uno striscione realizzato con la collaborazione e il contributo di tutti; qui un primo sottogruppo ha lavorato al testo di una poesia/canzone di classe mentre in parallelo un secondo sottogruppo si è occupato della rappresentazione grafica, con decorazioni e disegni che compongono la cornice della parte narrata. È stato un lavoro molto bello per i ragazzi; ognuno ha portato a casa la sua pergamena con il proprio nome e gli apprezzamenti espressi dai compagni, un bel ricordo del percorso trascorso insieme. Verso la fine del percorso sono emerse alcune richieste di supporto individuale da parte di ragazzi e genitori, che purtroppo non è stato possibile soddisfare per una mancanza di ore disponibili.

L’analisi dei bisogni iniziale e la valutazione finale dell’intervento

Considerando che il contesto dell’intervento era una realtà di vita caratterizzata dalla presenza di molteplici diversità, intese in senso ampio, come differenti qualità possedute dai “protagonisti” della realtà scolastica, adulti e

Esempio di materiali utilizzato nella scuola primaria.

Istituto Comprensivo Cagliari – Scuola Primaria
A.S. 2020/2021
SCHEDA FINALE

NOME _____ COGNOME _____ CLASSE _____ DATA _____

COM'E' LA TUA CLASSE OGGI? CI SONO STATI CAMBIAMENTI A SEGUITO DEL LAVORO FATTO INSIEME?

	<hr/>
---	---

Dal mio punto di vista/secondo me, è stato utile parlare, confrontarsi e fare il lavoro cooperativo in piccoli gruppi sulle qualità dei compagni? Cosa mi è piaciuto? Cosa ho capito? Cosa ho imparato?

<hr/>	
---	---

Cosa ho fatto io personalmente per contribuire a questo cambiamento per il benessere tutti?
 Posso dire oggi di essere davvero contento e soddisfatto di me per aver contribuito al benessere della MIA CLASSE?

IO E IL MIO PERSONALE CONTRIBUTO – UN' EMOZIONE, UN RICORDO, UN INSEGNAMENTO CHE PORTERÒ CON ME E CHE MI ACCOMPAGNERÀ ALLA SCUOLA SECONDARIA E NELLA MIA VITA....

	<p>Io oggi mi sento _____, HO IMPARATO.....</p> <hr/>
---	---

GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE, TUTTI INSIEME POSSIAMO RENDERE MOLTO PIACEVOLE IL TEMPO CHE TRASCORRIAMO A SCUOLA!

La scheda "Ansia da interrogazione" per la scuola secondaria (Seguito)

HO ANCHE ALCUNE IDEE/SUGGERIMENTI PER GLI INSEGNANTI COSI' CHE POSSANO AIUTARCI AD AFFRONTARE PIU' SERENAMENTE QUESTO MOMENTO

GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE, TUTTI INSIEME POSSIAMO RENDERE MOLTO PIACEVOLE IL TEMPO CHE TRASCORRIAMO INSIEME A SCUOLA.

Conclusioni

Gli sportelli attivati nelle scuole grazie ai finanziamenti per il Covid-19, frutto del protocollo d'intesa MIUR e CNOP, rappresentano un importantissimo strumento di prevenzione primaria e promozione del benessere, un veicolo privilegiato per garantire la resilienza dei più vulnerabili, un ponte necessario per favorire la creazione di un'alleanza educativa scuola-famiglia e facilitare il ritorno a una condizione di "normalità" di vita e il mantenimento di un clima positivo nel contesto scolastico. Il parere del singolo professionista, tuttavia, non può essere rappresentativo del pensiero di tutti gli attori coinvolti. Pertanto, in una visione più completa e allargata dell'esperienza e in linea con l'approccio metodologico di valorizzazione delle risorse possedute da tutta la "popolazione scolastica", a seguire verranno evidenziati i contributi raccolti attraverso l'utilizzo di moduli Google e la posta elettronica, che testimoniano il contributo individuale dei fruitori protagonisti dell'intervento.

Questa scelta rappresenta la conferma concreta dell'impegno a portare avanti un lavoro olistico che evidenzia le "interconnessioni" interpersonali favorite e sollecitate con il lavoro di questi sei mesi. Inoltre, l'approccio integrato da me utilizzato, che ha messo in campo "cervello" e "cuore" del professionista e ha portato a scuola una visione incentrata sullo sviluppo delle relazioni con gli Altri come motore e promotore del benessere individuale e collettivo, ha permesso ora la pubblicazione di questo articolo, frutto del lavoro di squadra che ha creato il "cervello sociale", il quale ha favorito la raccolta delle informazioni, la pianificazione e l'ordine dell'esposizione, e, infine, l'atto motorio della scrivente grazie all'attivazione delle funzioni esecutive messe in campo!

Si ringraziano le dirigenti scolastiche Claudia Aroni, Alessandra Pitzalis e Maria Marcella Vacca nonché tutti i docenti, gli studenti e le famiglie che hanno usufruito del servizio e contribuito attivamente alla realizzazione degli obiettivi progettuali e alla pubblicazione del presente articolo.

La parola alle dirigenti

“Il progetto attivato con i fondi MIUR ci ha consentito la contrattualizzazione di una valida professionista, che ha affrontato con energia alcune situazioni, diverse per origine, contesto e attori.

I risultati sono stati positivi? Sicuramente sì, se valutiamo il progetto nel suo svolgersi, psicologa presente, e anche se ci concentriamo nell'immediatezza post-conclusione, per quanto appreso dai ragazzi, per nuovi approcci proposti ai docenti e, in qualche caso, per confronti con i genitori.

Ben vengano quindi le possibilità di costruire progetti con finalità di aiuto psicologico per tutti gli utenti della scuola: allargare gli orizzonti del proprio pensiero, acquisire nuove modalità di lettura del mondo, capire, è in fondo il senso dell'istruzione.

Quello che dispiace è la cadenza rapsodica di questi progetti, non per cadere nell'invocazione del consueto "benaltrismo": sappiamo tutti della cronica carenza di fondi per la scuola; però se si dovesse davvero porre mano a una riforma organica della scuola, l'istituzione della figura dello psicologo scolastico dovrebbe essere tra le prime cose, una presenza costante, di relazione, appoggio e confronto, a diversi livelli e con diverse modalità.

Niente di rivoluzionario, un ruolo che già esiste in tanti ordinamenti scolastici UE ed extra UE, e che sarebbe distintivo per noi tutti, in tempi in cui aggressività e fragilità corrono insieme, rendendo complicata la vita di ogni scuola".

"Il servizio psicologico all'interno dell'Istituto Comprensivo 2 di Selargius si è focalizzato su tre linee d'intervento:

- con gli alunni singolarmente;
- con il gruppo classe e docenti;
- con le famiglie.

L'intervento sugli alunni è stato fondamentale per recuperare un contatto con gli alunni più problematici e con situazioni familiari alle spalle spesso disfunzionali; gli interventi sui gruppi classe, in collaborazione con i docenti, sono stati finalizzati al miglioramento del clima della classe, alla promozione dell'autostima e del senso di autoefficacia. Considerata l'esiguità del finanziamento, è stato possibile intervenire solo su alcune classi, in particolare nella scuola dell'infanzia e nella scuola secondaria di primo grado. L'intervento con le famiglie è stato avviato con tutti gli ordini di scuola e ha permesso di iniziare dei percorsi di collaborazione fattiva tra l'Istituto scolastico e le famiglie, spesso con un accompagnamento verso i servizi sociali di competenza.

I risultati conseguiti sono stati molto positivi e il servizio si è rivelato un punto di forza dell'Istituto e un punto di riferimento per l'intera comunità scolastica, dai docenti, agli alunni e ai genitori. Certamente, considerato che si tratta di una relazione basata su un rapporto di fiducia che si instaura tra il professionista e la comunità educante, occorrerebbe un intervento in tal senso strutturale, che diventi anche punto di mediazione costante tra famiglie, Istituto scolastico e servizi sociali".

La parola alle insegnanti

Scuola dell'infanzia

"Il servizio Sportello d'Ascolto è stato molto utile per avere un confronto sulle difficoltà di autoregolazione manifestate da alcuni alunni presenti nelle sezioni delle scuole dell'infanzia.

Fin da subito è stato possibile stabilire, con l'Esperta, un'alleanza proficua e un dialogo costruttivo.

Con l'intervento in classe la Psicologa ha potuto osservare, direttamente nel contesto della relazione, determinanti comportamenti tra i bambini, ha convalidato le strategie utilizzate dalle insegnanti per la gestione dei comportamenti problema e suggerito ad alcune insegnanti con incarico temporaneo, e con poca esperienza, alcuni approcci adeguati per la gestione di tali comportamenti; ha messo a disposizione materiali didattici e ludici utili ai fini del progetto sulle emozioni. Ha inoltre supportato le insegnanti in un momento in cui stavano guidando i genitori verso la presa di coscienza delle difficoltà manifestate dagli alunni in questione; ha consigliato strategie di gestione a casa e sollecitato il consulto specialistico presso strutture pubbliche. Il servizio Sportello d'Ascolto ha anche offerto sostegno alle insegnanti comprendendo le criticità da loro evidenziate, confermando quanto da loro osservato sui bambini, approvando le metodologie di lavoro e restituendo loro motivazione e quel senso di autoefficacia che spesso la gestione di particolari situazioni porta ad attenuare. Il progetto proposto in collaborazione con l'esperta è stato accolto con entusiasmo dai bambini e dai genitori.

Si auspica che tale servizio possa essere una risorsa costante o almeno per periodi di tempo più estesi, nelle scuole di ogni ordine e grado, anche quando l'emergenza sanitaria sarà terminata”.

“In una sezione della scuola dell'infanzia dove si riscontrano criticità riguardanti bambini che manifestano comportamenti disfunzionali, è fondamentale il supporto della psicologa dello sportello d'ascolto per affiancare le insegnanti laddove l'osservazione e l'analisi di certe dinamiche comportamentali richiedono un giudizio in più da parte di una figura esperta ed eventualmente fare da tramite fra la scuola e la famiglia.

Come docenti della scuola dell'infanzia ci siamo avvalse della collaborazione della Psicologa, che dopo una riflessione fatta in base alla situazione della sezione e dopo un'attenta analisi dei bisogni dei bambini, ha proposto un intervento nella sezione con un'attività progettuale sulle emozioni, volta a migliorare il clima relazionale in sezione, a mediare relazioni conflittuali e a osservare eventuali criticità.

Il progetto è stato articolato con incontri della durata di ore 1 e 30 ciascuno, durante i quali i bambini hanno avuto modo di rafforzare la tematica delle emozioni, partendo da un tessuto narrativo come spunto per sviluppare competenze sociali e per riflettere sull'importanza di conoscerle e saperle comunicare. I racconti hanno favorito la capacità attentiva dei bambini, promuovendone un forte coinvolgimento emotivo.

Il percorso, che è stato costantemente monitorato attraverso l'osservazione sistematica, ha favorito e sviluppato competenze sociali di cooperazione, inibendo, in alcuni casi, atteggiamenti di insicurezza presenti all'inizio del percorso”.

Scuola primaria

“La nostra esperienza con lo Sportello d’ascolto è nata dall’esigenza di gestire una situazione di disagio della classe dovuta principalmente a un bambino con comportamenti molto problematici, risultati difficili da gestire fin dalla classe prima. L’alunno manifestava atteggiamenti oppositivi provocatori sia nei confronti dei docenti sia dei compagni, che impedivano spesso il regolare svolgimento della lezione. Grazie al servizio offerto sono state concordate settimanalmente attività interdisciplinari nelle ore pomeridiane, che hanno favorito un clima relazionale sereno all’interno della classe e fatto emergere dinamiche fino a quel momento sopite. Questo ha fatto sì che anche i bambini più riservati, che in genere richiedono maggiori sollecitazioni, prendessero parte alle varie attività proposte. A distanza di tempo, noi docenti abbiamo osservato un evidente miglioramento e una riduzione dei comportamenti problema dell’alunno di cui sopra, il quale si è dimostrato maggiormente disponibile all’ascolto e a una partecipazione produttiva al lavoro della classe. Il feedback da parte di tutti i bambini è stato decisamente positivo, ed è stato apprezzato specialmente il percorso di educazione alla comunicazione e all’ascolto reciproco”.

Scuola secondaria

“L’esperienza svolta in classe con la psicologa è stata molto positiva. La psicologa ha lavorato in due classi con alunni molto problematici che presentano difficoltà a relazionarsi gli uni con gli altri e anche il rapporto con i docenti non sempre è corretto. Gli alunni hanno parlato, si sono confrontati tra loro e hanno cercato di comprendere e riconoscere le proprie emozioni. Tuttavia non sempre è stato possibile gestirle in maniera adeguata. La psicologa è riuscita a stabilire con loro delle ottime relazioni e quasi tutti l’hanno presa come punto di riferimento e hanno collaborato nello svolgimento delle attività proposte e di solito, in questa classe, è raro che ciò accada.

Il lavoro è stato coinvolgente e divertente. Gli alunni hanno lavorato in gruppi eterogenei e formati anche da ragazzini che tra di loro non hanno un buon rapporto di amicizia. Ognuno ha collaborato e i risultati sono stati ottimi. In conclusione tutto il consiglio di classe ritiene che la presenza della psicologa e le attività svolte siano state piacevoli, divertenti e utili al fine del raggiungimento degli obiettivi stabiliti. Tuttavia sarà necessario proseguire il progetto anche negli anni a venire, in modo da consolidare i risultati raggiunti e migliorare ulteriormente le relazioni nei gruppi classe. Inoltre, sarebbe auspicabile ripetere questa positiva esperienza inserendo anche delle azioni di supporto agli insegnanti nelle loro funzioni educative. Partendo anche qui dall’osservazione in classe delle dinamiche del gruppo docente, durante le ore curricolari e di normale attività didattica.

Questo permetterebbe di valutare i punti di forza dei singoli docenti nella gestione di eventuali problematiche e criticità”.

“Il progetto Star bene insieme a scuola ha accompagnato la ... (classe omessa) in un percorso ideale verso la conclusione del triennio; il bilancio è assolutamente positivo: i ragazzi, attraverso una serie di attività ludiche, hanno avuto l'opportunità di compiere un'analisi delle dinamiche interne alla classe per giungere alla consapevolezza di quali strategie si rivelino utili a migliorare la qualità della vita a scuola. Il carattere laboratoriale dell'iter ha consentito di coinvolgere anche gli studenti più introversi, attribuendo a ciascuno spazi e ruoli che hanno portato alla luce le loro qualità.

I ragazzi hanno lavorato con piacere e vi è stata anche una ricaduta positiva sul loro rapporto con lo sportello d'ascolto: è caduto il muro di diffidenza che portava alcuni a non rivolgersi al servizio di supporto psicologico e, una volta sperimentata l'attività, diversi studenti hanno manifestato la volontà di parlare con la Dottoressa anche in forma privata.

Unica criticità è stata il numero esiguo di ore che abbiamo potuto dedicare alla nostra esperienza, l'ideale sarebbe poter lavorare in un arco di tempo più lungo, sia per approfondire alcuni nodi in modo più accurato, sia per poter accompagnare gli studenti in modo più sistematico verso la conclusione del loro percorso e l'approccio a una nuova fase di vita”.

Suggerimenti e feedback ricevuti dagli insegnanti: “Esprimi un tuo parere sul servizio”

“Ritengo che il supporto psicologico sia fondamentale per fare da tramite tra insegnanti, alunni e genitori in questioni non sempre facili da esprimere e spiegare”.

“Purtroppo abbiamo usufruito poco del servizio...poche ore a disposizione”.

“Grande empatia con i ragazzi”.

“È stata una bellissima esperienza di crescita e confronto sia per me che per i bambini della classe. La psicologa ha creato subito una buona empatia con noi tutti ed è riuscita a coinvolgere tutti i bambini. Abbiamo concordato puntualmente tutte le attività e condiviso materiali e strategie”.

“Sarebbe opportuno coinvolgere maggiormente l'intero sistema classe alunni-docenti-genitori”.

“Ottimo servizio che ha aiutato i ragazzi a riflettere sulla propria persona e sulle dinamiche di classe”.

“Utile intervento nelle classi interessate”.

“Molto utile specie con gli effetti di disgregazione sociale dovuta al Covid, Ersilia è una specialista in questo campo”.

“Il servizio è molto utile e gli alunni apprezzano l'intervento in classe della psicologa. Svolgono le attività con entusiasmo e partecipano attivamente. Riflettono sugli argomenti proposti ed elaborano le proprie considerazioni. Gli obiettivi sono stati raggiunti”.

“Il servizio supporta efficacemente le situazioni di criticità delle classi e dei singoli, offrendo migliori itinerari in funzione dei bisogni anche ai docenti”.

“Sono soddisfatto dell'intervento ma vorrei che fosse più duraturo nel tempo”.

“Il servizio si è svolto anche all'interno della sezione, attraverso un progetto rivolto ai bambini, offrendo un efficace supporto alle insegnanti ai bambini e ai genitori. Il lavoro è stato utile. Il numero delle ore a disposizione non sufficiente per poter fare un lavoro incisivo”.

“Sono soddisfatta del servizio offerto e ritengo sia stato utile avere una figura di supporto nella gestione di classi difficili con bambini con bisogni educativi speciali per operare con serenità e tranquillità. Le ore del servizio sono state comunque insufficienti e mi auguro in futuro che ci sia la possibilità di avere questa figura fissa e stabile nelle scuole”.

“Trovo positivo, utile e importante il servizio sia individuale che in classe. Molti studenti ne hanno bisogno in particolare dall'anno scorso”.

“Molto soddisfatta, amerei un progetto ancora più ampio”.

“Sono molto contenta dell'operato della psicologa e gli alunni l'hanno trovata molto utile sia come supporto individuale sia come supporto di classe”.

“Valido supporto per il dialogo /rapporto con le famiglie”.

“Sì, il servizio è stato utile”.

Cosa scrivono i genitori

“Il supporto che ci è stato dato sia in aula col progetto per i bambini che coi consigli a noi genitori ha contribuito molto a migliorare una situazione di disagio che il bambino stava vivendo”.

“Più che soddisfacente, è stato utilissimo per noi genitori poter fare un lavoro casa, scuola, psicologa e maestre e poter ottenere ottimi risultati con nostro figlio”.

“Abbiamo usufruito del servizio sia noi genitori che la studentessa. Pienamente soddisfatta dalla disponibilità e professionalità della psicologa”.

“Il bambino è rimasto positivamente coinvolto dall'esperienza fatta”.

“Il bambino, che oltretutto ha passato il Covid, ha trovato un ambiente di classe al ritorno affettuoso e comprensivo”.

Le risposte dei genitori alla domanda: “Saresti favorevole alla prosecuzione del servizio?”

“Sì”.

“Decisamente sarei favorevole... sarebbero necessarie più ore”.

“Sono favorevole al proseguo del servizio ritenendo che il supporto psicologico in questo delicato momento che i ragazzi stanno affrontando debba essere accompagnato da persone competenti”.

“Favorevole, con maggior numero di ore”.

“Vorrei che il supporto durasse con continuità per tutti e tre gli anni”.

“No”.

“Per il benessere di tutti sarebbe auspicabile uno sportello di ascolto psicologico permanente nelle scuole”.

“Mi piacerebbe molto. È stata un’esperienza molto positiva”.

“Certamente”.

“Sarei molto favorevole alla prosecuzione del servizio, ritengo di poter asserire pienamente che questi progetti aiutino la crescita personale dei bambini, ma anche di genitori e insegnanti”.

“Favorevole. Il servizio dovrebbe essere permanente in tutte le istituzioni scolastiche italiane”.

“Certamente”.

“Penso che la figura dello psicologo scolastico debba essere sempre presente, nelle scuole di ogni ordine e grado”.

“Sì, sarei favorevole alla prosecuzione. Ritengo che tale servizio debba accompagnare i ragazzi per tutto l’anno scolastico”.

“Favorevole alla prosecuzione del servizio”.

“Certo sarebbe utile, ma mio figlio il prossimo anno sarà alle scuole superiori”.

“Sì, poter avere la presenza della psicologa in classe più spesso sarebbe utilissimo”.

“Sì, ritengo che proseguire il servizio possa garantire risultati migliori”.

“Sono favorevole a una prosecuzione del servizio in quanto ritengo sia una risorsa e una vera e propria necessità per il benessere scolastico. Perciò dovrebbe essere una figura obbligatoria e stabile a scuola”.

“Assolutamente favorevole. Soprattutto in questo periodo di pandemia i ragazzi hanno necessità di una figura di riferimento, al di fuori dell’ambito familiare, con il quale potersi sentire liberi di esternare le emozioni, i problemi e le paure”.

“Sono favorevole alla prosecuzione del servizio e realizzerei più progetti in classe anche per recuperare sulla socialità”.

“Assolutamente sì”.

“Assolutamente sì”.

“Certamente ma con tempi più lunghi”.

“Sì”.

Ersilia Cossu, *Psicologi per i Popoli – Sardegna*.

Bibliografia

- Baccalario P., Cattaneo M. e Taddia F. (2020), *Giochi di gruppo (anche) a un metro di distanza*, Mondatori, Milano.
- Barber V. (2013), *Creatività e benessere emotivo*, Erickson, Trento.
- Bellini P.P. (2018), *Autorevolezza. La sfida della relazione educativa*, Franco Angeli, Milano.

- Giuli C., Bertacchi I. e Muratori P. (2020), *Coping power nella scuola secondaria. Gestire le problematiche relazionali e promuovere comportamenti prosociali in classe*, Erickson, Trento.
- Bochicchio F. (a cura di) (2017), *L'agire inclusivo nella scuola*, Libellula Edizioni, Tricase (LE).
- Caon F., Bricchese A., Rutka S. e Spaliviero C. (2019), *Percorsi letterari con l'apprendimento cooperativo*, Erickson, Trento.
- Caprara V.G., Gerbino M., Kanacri L.P.B., Vecchio G.M. (2014), *Educare alla prosocialità. Teoria e buone prassi*, Pearson, Torino.
- Corallo R. (2014), *Sei folletti nel mio cuore. Una storia, canzoni e attività sul valore delle emozioni*, Erickson, Trento.
- Corisini T. (2010), *Le emozioni alla scuola dell'infanzia*, Marius, Milano.
- Di Pietro M. (2014), *L'ABC delle mie emozioni. Programma di alfabetizzazione socio-affettiva secondo il metodo REBT (4-7 anni)*, Erickson, Trento.
- Di Pietro M. (2014), *L'ABC delle mie emozioni. Programma di alfabetizzazione socio-affettiva secondo il metodo REBT (8-13 anni)*, Erickson, Trento.
- Franco B. (a cura di) (2020), *Tante paure, senza paura*, Gribaudo, Milano.
- Franco B. (a cura di) (2020), *Il superpotere della mindfulness*, Gribaudo, Milano.
- Hattie J. (2016), *Apprendimento visibile, insegnamento efficace. Metodi e strategie di successo dalla ricerca evidence-based*, Erickson, Trento.
- Ianes D., Cramerotti S., Biancato L. e Demo H. (2019), *Il manuale dell'expert teacher*, Erickson, Trento.
- Kagan S. e Angeloni B. (a cura di) (2000), *L'apprendimento cooperativo: l'approccio strutturale*, Edizioni Lavoro, Roma.
- Lamberti S. (a cura di) (2013), *Apprendimento cooperativo nella scuola dell'infanzia. Percorsi e attività di educazione interculturale*, Erickson, Trento.
- Marcegaglia S. e Ciampa C. (2014), *Cheese! Immagini di una classe. Proposte di apprendimento cooperativo per la scuola secondaria*, Qui Edit, Verona.
- Miato A. S. e Miato L. (2003), *La didattica inclusiva. Organizzare l'apprendimento cooperativo metacognitivo*, Erickson, Trento.
- Novara D. e Passerini E. (2015), *Con gli altri imparo. Far funzionare la classe come gruppo di apprendimento*, Erickson, Trento.
- O'Hare D. (2019), *Coerenza cardiaca per ragazzi*, Macro Junior, Cesena.
- Pietro M. e Lupo I., (2019), *Conosco le mie emozioni? Strumenti per la valutazione e il potenziamento delle competenze socio-affettive*, Erickson, Trento.
- Piroddi C. (2020), *Emozioni. Montessori Lab*, White Star, Novara.
- Rossi S. (2020), *Menti critiche, cuori intelligenti. Educare alla cittadinanza con 40 card dell'empatia*, Pearson, Torino.
- Scapin C. e Da Re F. (2014), *Didattica per competenze e inclusione*, Erickson, Trento.
- Serrelli S. (2020), *Emozioni*, Mondadori, Milano.
- Tamborini B. e Pellai A. (2019), *La bussola delle emozioni*, Mondadori, Milano.
- Zambotti F. (2015), *BES a scuola. I 7 punti chiave per una didattica inclusiva*, Erickson, Trento.